

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 104

Contribution à l'étude
des
GASTRECTOMIES
dans le traitement de l'ulcus gastrique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre BAZIN

Interne des Hôpitaux de Grenoble

Ancien Prosecteur à l'Ecole de Médecine

Né le 26 Mars 1903 à RENAGE (Isère)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GASTRECTOMIES
DANS LE TRAITEMENT DE L'ULCUS GASTRIQUE**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 104

Contribution à l'étude
des
GASTRECTOMIES
dans le traitement de l'ulcus gastrique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre BAZIN

Interne des Hôpitaux de Grenoble

Ancien Prosecteur à l'Ecole de Médecine

Né le 26 Mars 1903 à RENAGE (Isère)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1929

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

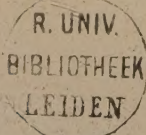
CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Leon),
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	MARTIN (Joseph).	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
SORDIER (V.).	DUNET.	DUFOUT.	WERTHEIMER.
			GATE.

M. BAYLE, secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VILLARD, président; SANTY, assesseur;
CHALIER A. et WERTHEIMER, agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A qui je dois tout.

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNIOT

Chirurgien des Hôpitaux de Grenoble
Professeur à l'Ecole de Médecine

Qui après nous avoir inspiré le sujet de ce travail et nous en avoir fourni l'essentiel, nous a dirigé toujours avec une grande bienveillance. Nous lui en sommes particulièrement reconnaissant et tenons à l'assurer de notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIGAUD

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur à l'Ecole de Médecine

Il fut toujours pour nous un maître bienveillant. Durant plusieurs semestres passés dans son service, il n'a cessé de nous témoigner le plus précieux des encouragements. Qu'il veuille trouver ici l'hommage de notre respectueux attachement.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE GRENOBLE

Externat Novembre 1922

- Semestre été 1922..... M. le D^r TERMIER.
— hiver 1922-23. MM. les D^{rs} PERRIOL et BOS-
QUETTE (*In memoriam*).
M. le D^r SAUVAGE.
— été 1923..... M. le D^r TRAVERSIER.

Internat Novembre 1923

- Semestre hiver 1923-24. M. le D^r LAMY.
— été 1924..... M. le D^r BONNIOT.
— hiver 1924-25. M. le D^r MARTIN-SISTERON.
— été 1925..... M. le D^r SAPPEY.
— hiver 1925-26. M. le D^r MARTIN.
M. le D^r GIRARD.
— été 1926..... M. le D^r SIGAUD.
M. le D^r PISTRE.
— hiver 1926-27. M. le D^r BONNIOT.
M. le D^r FERRIEUX.

Eté 1927 à été 1928.... *Hôpitaux militaires.*

- Semestre été 1928..... M. le D^r TERMIER.
M. le D^r LATREILLE.
— hiver 1928-29. M. le D^r SIGAUD.
— été 1929..... M. le D^r SIGAUD.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GASTRECTOMIES DANS LE TRAITEMENT DE L'ULCUS GASTRIQUE

Introduction

La chirurgie de l'ulcère gastrique est actuellement en plein développement. Elle a été, durant ces dernières années, l'objet de discussions passionnées et a fait couler beaucoup d'encre.

Deux grandes classes d'interventions se pratagent le traitement chirurgical de l'ulcus gastrique : les opérations de dérivation, et les opérations d'exérèse.

A l'heure actuelle, la question semble loin d'être tranchée. Si la majorité des chirurgiens est de plus en plus partisane de l'exérèse, certains publient des statistiques vraiment impressionnantes de gastro (Hartmann).

Mais nous pensons qu'une pareille question ne pourra être solutionnée que grâce à la publication intégrale et impartiale des statistiques des différents chirurgiens.

Nous croyons en effet pouvoir faire remarquer que si actuellement les statistiques publiées ne retiennent pas suffisamment l'attention, cela tient, toute mauvaise foi mise à part, à ce que chaque auteur est trop

tenté d'interpréter sa statistique, sans toujours donner au lecteur les pièces permettant de vérifier cette interprétation.

Dans la classification des résultats fonctionnels on se borne trop souvent à signaler que le résultat est excellent, bon ou mauvais, dans tant de cas. Mais cette classification est toujours une interprétation de l'auteur, lequel peut être plus ou moins difficile dans la publication du résultat.

Sans vouloir plaider pour ou contre l'exérèse ou la simple dérivation, ce travail n'a d'autres prétentions que d'apporter une contribution à cette étude et de grossir le dossier sur la question ; car il nous semble que seules les statistiques impartiales et très nombreuses nous permettront de voir juste.

La statistique que nous soumettons comprend trente-neuf cas de gastrectomies larges avec leurs résultats éloignés. Elle représente la totalité des gastrectomies pour ulcères, pratiquées par notre maître M. le Docteur Bonniot, chirurgien des Hôpitaux de Grenoble, soit dans son service des Hôpitaux, soit dans sa clientèle privée.

Dans le résumé des observations, nous nous bornons à l'exposé des symptômes cliniques de chaque intervention, en donnant d'abord les indications générales ayant présidé à leur choix, ensuite les circonstances dans lesquelles elles ont été pratiquées, enfin le résultat.

Nous avons tenu à décrire l'état fonctionnel de chaque malade, avec le plus de détails possibles ; et toutes les fois que nous avons connu ces résultats par des

lettres d'un opéré, nous avons publié ces lettres intégralement. Si certaines sont écrites dans un français quelque peu fantaisiste, nous nous excusons de les avoir reproduites telles quelles, mais ce sont les pièces du procès, et le lecteur est ainsi à même de modifier la classification selon son estimation.

Statistique

La première gastrectomie pratiquée à Grenoble par M. le Docteur Bonniot date de 1922. Les résultats publiés s'échelonnent par conséquent sur sept années plus ou moins éloignées naturellement ; la majorité des malades réexaminés en vue de ce travail l'ont été en juin et juillet 1928 ou depuis.

Sur 39 gastrectomies, deux observations peuvent, croyons-nous, être éliminées de la statistique. Nous les publions néanmoins : le lecteur sera seul juge de la classification et pourra ainsi la modifier à son gré.

La première est le fait d'un ulcère perforé de la petite courbure, très haut situé et opéré tardivement (observation n° 15). Dans l'impossibilité absolue de suturer les lèvres de l'ulcère, on pratique une résection large avec gastro-entérostomie postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay. Décès du malade le lendemain de l'intervention. Comme il s'agit d'une gastrectomie pour complication aiguë de l'ulcère, nous croyons pouvoir la mettre à part.

La seconde observation se rapporte à une gastrecto-

mie large employée comme traitement d'un ulcère peptique sur une bouche de gastro au bouton, pratiquée deux mois auparavant. Malade également décédé (observation n° 16). Ici encore la gastrectomie n'a pas été pratiquée dans des conditions normales, mais pour remédier à une complication grave d'une gastro. Nous croyons bon de séparer aussi cette observation de la statistique générale.

Sur les 37 observations restantes, il faut noter 6 décès, soit 16,2 pour 100. Cette proportion qui paraît de prime-abord importante comprend comme décès opératoires non seulement les malades morts à l'hôpital immédiatement des suites locales et l'intervention : hémorragie ou péritonite, mais aussi trois malades morts chez eux ou à l'hôpital plus ou moins tôt.

L'un (observation n° 14) est décédé dans sa famille une dizaine de jours après l'intervention, d'une pleurésie purulente. Un second (observation n° 36) est mort trente-trois jours après une opération de Polya-Finsterer qui s'était passée le plus simplement possible. Décès après une pneumonie de la base droite chez un vieux tousseur pour lequel on note à la nécro : « Poumon gauche fibrosé, rétracté ; au sommet et au niveau du hile : nombreux nodules calcifiés, avec en outre plusieurs cavernules. Poumon droit : le lobe inférieur et le lobe supérieur ne forment qu'un bloc de caséum. Sur deux coupes pratiquées au milieu de ce bloc, le laboratoire répond : vraisemblablement infarctus suppuré ». Rien à l'estomac.

Un troisième cas enfin (observation n° 37), classé dans les décès opératoires, est le fait d'un malade mort

brusquement au cinquième jour de son intervention, d'une syncope cardiaque sans que rien ne fasse prévoir un pareil dénouement, les suites gastriques ayant été très simples. Dans les antécédents, on note toutefois une attaque ancienne d'endocardite.

Parmi les 28 malades restant : 6 n'ont pu être retrouvés ou n'ont pas répondu à notre questionnaire ; 3 sont morts depuis d'affections diverses, indépendantes de leur état gastrique.

Sur ces 3 malades, le premier (observation n° 1) est décédé de pneumonie caséeuse de la base droite comme terminaison d'une bacillose fibreuse ancienne des deux sommets.

Le second (observation n° 5) est décédé quatre ans et demi après sa gastrectomie, d'un volvulus du grêle, opéré tardivement en pleine péritonite généralisée. Le malade, revu quelques mois avant ce dénouement fatal, ne souffrait absolument plus de l'estomac. C'est un résultat qui peut, croyons-nous, se classer parmi les bons. Un troisième malade enfin est mort d'un ulcéro-cancer qui s'était manifesté cliniquement au début comme un ulcus et que nous avons publié en dernière observation (n°39).

Il reste définitivement 22 malades qui ont pu être suivis et revus et dont nous avons des nouvelles récentes et assez précises.

Constatations étiologiques générales

Sur 39 malades, on compte 35 hommes et 4 femmes, soit 10,2 pour 100 de femmes seulement.

Il y a donc loin de là à la vieille donnée classique de l'ulcère de l'estomac, maladie de la femme. Et si beaucoup de troubles gastriques nerveux ou psychiques se rencontrent chez la femme, on peut affirmer (et sur cette question les auteurs sont assez affirmatifs) que l'ulcère de l'estomac est surtout l'apanage de l'homme.

Au point de vue de l'âge nous avons noté :

2 malades au-dessous de 30 ans ;

4 malades de 30 à 40 ans ;

14 malades de 40 à 50 ans ;

15 malades de 50 à 60 ans ;

2 malades de 60 à 70 ans.

La grosse proportion des malades, 29 sur 39, soit 74,3 pour 100, est entre 40 et 60 ans.

Toutes les gastrectomies ont été pratiquées chez des malades porteurs d'une symptomatologie classique d'ulcus gastrique avec syndrome douloureux tardif intermittent ; le plus souvent, aigreurs et douleurs sont soulagées par le bismuth ou des vomissements. Dans plusieurs cas, l'ulcus s'est manifesté par un syndrome de dyspepsie hyperesthénique à marche chronique, avec des accalmies coupées de crises paroxystiques.

La plupart des malades présentent un amaigrissement progressif assez considérable et rebelle à des traitements médicaux bien dirigés et longuement suivis. Nous devons faire remarquer la proportion beaucoup plus grande de malades opérés à l'hôpital qu'en clientèle ; cette grosse différence tient sans doute à ce que les malades d'hôpital ont suivi chez eux leur régime

beaucoup moins régulièrement. On a d'ailleurs sur eux une plus grande influence que sur les malades de clientèle, et plus de facilités de toutes sortes pour intervenir.

Laissant de côté la question technique opératoire, nous citerons seulement à propos de chaque malade le mode opératoire pratiqué, avec quelques indications générales de technique.

L'ensemble des 39 interventions pratiquées comprend :

24 Billroth II, en deux temps ;

8 Billroth II, en un temps ;

1 Billroth I ;

4 Polya Finsterer ;

1 résection médio-gastrique ;

1 résection en selle.

Nous comptons par conséquent 32 opérations par le procédé de Billroth II, lequel représente la technique opératoire le plus souvent employée.

La plupart de ces opérations a été des gastro-pylorectomies larges, remontant très haut sur la petite courbure, non loin du cardia et comprenant au minimum toute l'antra pylorique.

Les gastro-entérostomies pratiquées toutes transmésocoliques postérieures dans le Billroth II, ont été exécutées indifféremment à la suture au catgut ou au bouton de Jaboulay.

La bouche de gastro n'a été pratiquée verticalement que dans un cas, d'après le procédé de Ricard. Malgré des suites simples et un apparence de guérison durant un mois, le malade entre de nouveau à l'hôpital, 24

jours après sa sortie avec des douleurs et des signes de rétention gastrique.

Radioscopiquement : aucune évacuation de la bouillie bismuthée. Une seconde intervention pratiquée montre la bouche de gastro complètement fermée. La résection large de l'ulcère avec résection de la bouche anastomique et anastomose en Y de Roux, à l'aide de deux boutons de Jaboulay, remet tout en état et permet de classer actuellement le résultat parmi les excellents (observation n° 11).

Mortalité opératoire

Nous avons vu précédemment que la mortalité opératoire atteignait le pourcentage de 16,2 (6 décès sur 37 cas).

En passant en revue chacun de ces malades, tâchons de dégager de l'observation ce qui revient à l'intervention dans la mortalité opératoire.

A) Observation n° 20. — Gros ulcère de la petite courbure, enlevé par une gastro-pylorectomie large à la manière de Billroth II, en deux temps. Suites immédiates simples au point de vue abdominal. Mais treize jours après sa seconde intervention, le malade est pris d'un point de côté très douloureux. L'auscultation révèle des signes d'épanchement pleural à la base gauche ; une ponction exploratrice, pratiquée le même jour, donne un liquide séreux, tendant à la purulence. Le malade qui a voulu partir contre l'avis du chef de service, est décédé dans sa famille de pleurésie purulente.

B) Observation n° 21. — Diagnostic d'ulcus pylo-rique. Opération selon la technique de Billroth II, en un temps avec gastro-entérostomie transmésocolique à la suture au catgut en trois plans. Le lendemain : vomissements qui cèdent à des lavages d'estomac très chauds. Le deuxième jour : contracture de l'étagé inférieur de l'abdomen. Le troisième jour : douleur abdominale atroce, vomissements, faciès péritonéal. Le malade meurt de péritonite dans la nuit du troisième au quatrième jour. La vérification n'a pas pu être faite par suite du transfert du corps.

C) Observation n° 26. — Intervention peu de temps après une hématomèse d'un litre survenue au cours d'une crise bénigne.

Ulcère rétractil de la petite courbure. Opération de Billroth II, en deux temps. Gastro au bouton. Au douzième jour après l'intervention, hématomèse : le lavage d'estomac ramène de nombreux caillots. Les vomissements continuent, le ventre se ballonne, faciès péritonéal. Le malade meurt le lendemain. A la vérification : péritonite généralisée par désunion du bouton de Jaboulay.

D) Observation n° 35. — Malade envoyé pour hématomèse. Opération de Billroth II, en deux temps.

Suites opératoires : pouls de plus en plus accéléré, bientôt incomptable, état de choc. Le malade meurt le lendemain matin à 7 heures. A l'autopsie on trouve des caillots dans tout le ventre ; les épiploons sont infiltrés de sang, mais néanmoins l'hémorragie semble insuffisante à expliquer la mort, il faut admettre l'influence du choc opératoire chez un malade déjà con-

sidérablement affaibli par une hématoméase antérieure.

E) Observation n° 35. — Gastrectomie en un temps par le procédé de Polya-Finsterer. Malgré du vaccin préventif de Weil et Dufour, au huitième jour après l'intervention apparaissent des signes de pneumonie à la base droite, rien à gauche. Après 8 jours, dyspnée très marquée (48-52 respirations à la minute) qui devient inquiétante. Malgré une médication tonique intense, le pouls faiblit petit à petit et le malade meurt le trente-troisième jour.

A l'autopsie : signes macroscopiques d'infarctus suppuré de la base droite et du lobe moyen. Au poumon gauche : nombreux nodules calcifiés au niveau du hile, sommet fibreux et rétracté. Foie et rate normaux. Rien à l'estomac.

F) Observation n° 36. — Il s'agit, là encore, d'une intervention en un temps par le procédé de Polya-Finsterer chez un malade ayant eu autrefois une poussée d'endocardite. Ce malade est mort subitement au cinquième jour de son intervention, d'une syncope cardiaque alors que rien ne pouvait faire prévoir un dénouement aussi brusque. Les suites gastriques immédiates avaient été simples.

En somme sur 6 décès que nous qualifions d'opératoires, deux sont dus à une péritonite généralisée (observation n° 21 et n° 26), deux autres au choc opératoire, l'un avec hémorragie légère (observation n° 35), l'autre par défaillance cardiaque (observation n° 36) que rien ne laissait prévoir. Deux derniers enfin sont le fait de complications pulmonaires (observations n° 20 et n° 26).

Sur ces 6 décès, un seul (observation n° 20) se rapporte à une intervention en deux temps par le procédé de Billroth II. Les cinq autres décès sont survenus après une gastrectomie en un temps ; deux d'entre eux, après un Billroth II, en un seul temps, l'un à la suture, l'autre au bouton ; les trois autres sont consécutifs à un Polya.

En outre, les opérations en deux temps se sont montrées infiniment plus bénignes que les opérations en un temps, puisque, sur 24 opérations en deux temps, nous n'avons qu'une mort opératoire, soit 4,1 pour 100, alors que sur 13 opérations en un temps, il existe 5 morts, soit 38,34 pour 100. Sur les 15 opérations en un temps notons une seule résection en selle suivie de récurrence après 3 ans (observations n° 17).

Il est à remarquer que toutes les interventions en un temps ont été pratiquées en dehors de toute sténose pylorique, cette dernière réclamant naturellement une gastro-jéjunostomie préalable. Elles n'ont été décidées que chez des malades semblant devoir la supporter parfaitement et ne présentant aucune des contre-indications classiques.

Résultats fonctionnels

La date de la guérison définitive semble évidemment très difficile à préciser. Le criterium adopté varie énormément suivant les auteurs : Kocher demande un laps de temps d'un an et demi ; Balfour admet que des

troubles ou une récurrence ont peu de chance de survenir deux ans après l'intervention. Lainé, dans sa thèse de 1927, prétend au contraire que beaucoup de malades font des ulcus peptiques ou récidivants 3, 4 et même 6 et 7 ans après l'opération, ces récurrences survenant chez des malades en apparence complètement guéris.

Nous considérons comme guéris les malades étant en bonne santé au moment de leur réponse. Les résultats éloignés s'échelonnent ainsi depuis 6 ans jusqu'à quelques mois.

Pour toutes ces raisons, nous avons adopté une classification très simple, surtout basée sur les résultats fonctionnels : résultats excellents, bons et mauvais.

Les résultats excellents, au nombre de 16, comprennent les malades guéris comme il a été dit plus haut, c'est-à-dire ne présentant aucun trouble fonctionnel ou des troubles excessivement légers. Malades ayant repris du poids depuis leur intervention, recommencé leur travail et ne ressentant aucun trouble gastrique. La plupart ne sont pas gênés par les gros repas, du moins dans les suites éloignées, et ont supprimé tout régime.

Parmi ces 16 résultats excellents, nous trouvons :

10 Billroth II, en deux temps ;

5 Billroth II, en un temps ;

1 Billroth I, avec cautérisation à la Balfour.

Sur les 15 Billroth II, où le mode opératoire de la gastro-jéjunostomie a été noté, nous avons : 8 gastros au bouton de Jaboulay et 5 gastros à la suture au catgut, dont une verticale par le procédé de Ricard qu'on a dû reprendre secondairement. Sur ces 16 cas, deux

ulcères perforés : un opéré en un temps (observation 4), l'autre en deux temps (observation 14).

Les résultats bons comprennent trois malades (13,6 pour 100) qui présentent : soit quelques douleurs, soit de légers troubles dyspeptiques ou bien enfin des aigreurs avec régurgitations, sans qu'en aucun cas, ces troubles ne soient identiques à ceux présentés par les malades avant l'intervention.

Résultats mauvais : Trois malades ayant continué à souffrir autant qu'avant l'opération et ressentant des troubles dyspeptiques graves, sont considérés comme des échecs.

Parmi ces trois malades, le premier (observation n° 10) à qui fut fait une gastro-pylorectomie en deux temps, avec gastro-jéjunostomie au bouton dans le premier temps, continue de souffrir, vomit, et ne peut travailler que par intermittence. Le malade a cependant repris de trois kilos depuis son opération.

Un second malade (observation n° 30) est opéré en mars 1927 d'un petit ulcus prépylorique pour lequel on fait une résection peu étendue et prenant juste l'autre pylorique. En juin 1928, les vomissements se reproduisent fréquents et douloureux. Le malade ne passe pas de mois sans crise douloureuse l'obligeant naturellement à suspendre son travail.

Le troisième résultat mauvais se rapporte à un malade (observation n° 18) précédemment classé dans les bons résultats à la suite d'une lettre datée du 10 juin 1928, dans laquelle il se félicitait de son heureuse santé depuis son opération. Il avait en effet repris un travail pénible sans fatigue (il disait faucher sans peine et porter les poids de 100 kilos) mais accusait cepen-

dant quelques aigreurs, sans jamais de vomissements.

Le 15 avril 1929, une lettre du Docteur Mondan nous apprenait que depuis quelques semaines M. M... s'était remis à vomir et à souffrir. Il s'agit vraisemblablement d'une récurrence, sur laquelle nous n'avons pu encore avoir d'autres *renseignements*.

Etudions maintenant les grandes données qui ont conduit l'auteur de notre statistique à faire de la gastrectomie large l'opération de choix dans le traitement chirurgical de ses ulcères d'estomac. Nous voulons parler :

- a) De la fréquence de l'ulcéro-cancer et de la difficulté de son diagnostic avec le simple ulcus ;
- b) De la fréquence aussi des ulcères multiples ;
- c) Des échecs de la gastro.

a) L'ULCÉRO-CANCER. — Le principal argument qui plaide en faveur de la gastrectomie large est sans conteste la fréquence de l'ulcéro-cancer ou la transformation d'un vil ulcère cailleux en cancer.

D'ailleurs dans l'ulcéro-cancer ; de l'ulcère ou du cancer, quel est le primitif ? Est-ce l'ulcère qui se cancérisse ou le cancer qui s'ulcère ? La question est bien complexe et les auteurs sont d'avis différents sur ce sujet.

Une seule chose est unanimement admise, c'est la difficulté du diagnostic. La limite de l'ulcère et du cancer est si fragile et certaines tumeurs malignes se présentent avec une symptomatologie si banale d'ulcère simple, qu'il est souvent très difficile au début, même la pièce en main, de faire le diagnostic. Tels sont deux cas dans notre statistique où l'étude clinique

était nettement à symptomatologie d'ulcus, et où l'analyse microscopique a répondu « ulcéro-cancer » sans qu'aucun diagnostic macroscopique ne put être fait. Citons ces deux cas :

a) *Observation n° 3.* — Evolution de la maladie par périodes intermittentes de crises douloureuses et de bien-être, précédées de douleurs à type hyperchlorhydrique net. Hématémèses à plusieurs reprises. Dans un premier temps on constate à l'intervention une tumeur à type d'ulcère juxta-pylorique.

Au moment du second temps, l'ulcère a un peu diminué de volume, sans présenter de signes de dégénérescence maligne avant l'exérèse. La pièce enlevée et ouverte révèle ce pendant un ulcus d'aspect anormal avec quelques bourgeons suspects. Le laboratoire consulté a confirmé l'existence d'un ulcéro-cancer.

b) *Observation n° 39.* — Comme dans le cas précédent il s'agit, dans cette observation, d'un malade porteur d'un passé gastrique très ancien avec pyrosis, brûlures, régurgitations acides. Une première intervention montre un gros ulcère calleux de la petite courbure. Un mois après, le second temps ne permet pas mieux de déceler, même macroscopiquement et la pièce en main, la présence d'un cancer. Ce n'est que l'évolution ultérieure dans l'année suivante qui permet de constater l'existence d'un gros cancer devenu inopérable et ayant envahi ce qui restait d'estomac.

Cette question de l'ulcéro-cancer a été très étudiée ces dernières années.

M. Libert et Mlle Tissier ont observé récemment un

malade atteint de sténose du pylore radiologiquement diagnostiquée. A l'intervention, aucun signe de sténose du pylore et aucune trace macroscopique de néoformation ; la pylorectomie est quand même pratiquée. Le pylore apparaît macroscopiquement sain sur la pièce opératoire et ce n'est qu'à l'examen histologique que les auteurs ont pu déceler l'existence d'un cancer pylorique extrêmement proliférant. Il y a gros intérêt à souligner dans cette observation la difficulté de diagnostic de ces cancers et la tendance bien naturelle que l'on a de ne pas enlever le pylore apparemment sain.

Dans un bel article de la *Presse Médicale* de septembre 1928, l'ulcéro-cancer pré-pylorique serait, d'après Georges Hayen, la plus grave, la plus difficilement diagnostiquable et la plus rapidement mortelle des tumeurs de l'estomac. Cet ulcéro-cancer se montre le plus souvent, d'après Hayen, avec une symptomatologie d'ulcère. Là encore, dans ces affections pré-pyloriques limites, la gastrectomie large sera la seule intervention indiquée.

En dehors de l'ulcéro-cancer difficilement diagnostiquable du simple ulcus, nous devons parler de l'ulcère primitif qui, laissé en place, se transforme ultérieurement en cancer. C'est assurément le plus gros danger consécutif à la simple gastro, danger que tous les chirurgiens ont pu remarquer.

Quelle est la fréquence de la dégénérescence cancéreuse des ulcères ?

Laissons la place aux chiffres.

Delagénère, au Congrès de Chirurgie de 1920, don-

ne les pourcentages suivants réunis déjà par Krummer :

Mikuliez	6 %
Hauser	7 %
Matti	16 %
Hayem	22 %
Payr	26 %
Mathieu	44 %
Mayo Frères	54 %
Mayo Robson	60 %
Wilson et Mac Carty	71 %

En ne nous basant que sur notre faible statistique, l'ulcéro-cancer ou l'ulcus cancérisé secondairement se rencontreraient dans 2 cas sur 37, soit 5,1 pour 100 ; nous verrons plus loin que la gastro, faite comme premier temps, s'est montrée trois fois nettement insuffisante, soit dans 8,1 pour 100 des cas. Nous comprendrons mieux alors les paroles d'Abadie d'Oran qui dit dans *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie* : « La gastro-pyloréctomie qui enlève les lésions évite au maximum leur transformation cancéreuse ultérieure, ce qui n'est pas une crainte vaine. Mais surtout elle modifie profondément les conditions mécaniques et chimiques du fonctionnement gastrique, parce qu'elle fait sauter le pylore ; parce que, ce faisant, elle bouscule les connexions nerveuses et enfin parce qu'elle enlève la plus grande partie de la région sécrétante. Enlever le pylore est, à ce point, considéré comme essentiel par certains auteurs qu'ils pratiquent la pyloréctomie comme opération indirecte susceptible d'amener la guérison d'un ulcère inacces-

sible ou du duodenum ou de l'estomac (Finsterer, Madlener) ».

Dans sa thèse, inspirée par Cunéo, sur la gastrectomie dans l'ulcère de l'estomac ou du duodénum, Oberthur conclut « que la méthode de choix est la gastropyloréctomie, en plus de la suppression de la zone qui peut porter d'autres ulcères, elle supprime la production d'acide chlorhydrique ou la diminue considérablement. L'ulcère peptique devient une rareté après elle. Les résultats éloignés des gastro-pyloréctomies sont excellents, bien supérieurs à ceux des opérations palliatives ou limitées.

« L'inefficacité de la gastro-entérostomie, dit Pauchet, les chirurgiens l'ont constatée, et leur pessimisme vis-à-vis de cette intervention est proportionnel à leur expérience de la chirurgie gastrique, et à l'importance de leur statistique.

Son action analgésiante est incontestée : de suite après l'opération, le malade est soulagé et cette amélioration se maintient un certain temps. Mais ce temps est assez court et si nous sommes sceptique sur ces statistiques trop bonnes, c'est que, le plus souvent, la durée d'observation est trop courte ».

Métraux a fait une enquête sur 300 opéré de Roux, il a reçu des nouvelles de 210 malades :

Guérisons chez 189, soit 90 % ;

Résultats médiocres chez 14, soit 6,6 % ;

Morts : 7, soit 3,3 %.

Kocher qui demeure, comme Roux, un de partisans les plus convaincus de la gastro-entérostomie, donne, en 1921, la statistique suivante :

Sur 180 gastro-entérostomies, il trouve 7 morts et 144 opérés revus et suivis ; sur ces 144, 111 sont considérés comme guéris (13 parmi ceux-ci sont morts de maladie intercurrente) ;

14 continuent à avoir des douleurs légères ;

15 résultats sont considérés comme mauvais et dans 5 cas l'ulcère s'est transformé en cancer.

Moppert trouve en 1922 pour ses gastro-entérostomies simples :

Pour ulcères pyloriques, 57 % de résultats bon, 36 % de malades sont simplement améliorés et non guéris. Dans 7 % des cas, le résultat est mauvais. Pour les ulcères de la petite courbure, Moppert cite : 69 % de résultats bons, 12 % d'améliorations, et 19 % de mauvais résultats, ce qui représente une chiffre important. Moppert qui a fait quelques résections dont les résultats éloignés sont bien supérieurs, conclut cependant en faveur de la gastro simple à cause de la gravité de la résection. La plupart des auteurs trouvent que les résultats éloignés après gastrectomie sont nettement supérieurs aux résultats éloignés de la gastro.

Schwyzer trouve, sur 89 gastro-entérostomies, 70 résultats excellents, soit 80 %, et avec 3 résections, il signale des résultats remarquables se maintenant après 8, 7 et 5 ans.

Si nous considérons la statistique impressionnante des Américains à la Clinique Mayo (Mayo et Balfour) qui conseillent actuellement de réséquer toujours l'ulcère, nous trouvons : sur 273 gastro-entérostomisés revus à lointaine échéance, 50 % seulement de complètement guéris. Pour les ulcères duodénaux, 80 % continuent à souffrir.

Du premier janvier 1906 au premier septembre 1915, ces auteurs citent, sur 285 gastro, 159 cas bons, soit 55,7 seulement. De Quervain montre que 90 % des mauvais résultats se révèlent dans la première année qui suit l'intervention.

Dans l'ulcère calleux pénétrant avec névrite, la gastro étant insuffisante, plus qu'ailleurs la gastrectomie large est indiquée, sans parler de la dégénérescence néoplastique plus fréquente pour ces ulcères, l'ulcère calleux n'a que très peu de chance de guérir, et Roux de Lausanne a vu des récidives 22 ans après une gastro.

Les lésions de névrites, si importantes, étudiées par Hartmann et Lecène au IV^e Congrès de Chirurgie de New-York en 1914, ne seront guéries que par les gastrectomies.

Enfin nous croyons pouvoir dire, comme dernier argument en faveur de la gastro-pyloréctomie large, que si la gastro est une opération plus bénigne de prime abord, elle n'est pas inoffensive, étant donnée la mortalité suivant les opérations itératives qu'elle oblige après elle.

A ce propos Henriquez disait dans les indications opératoires des ulcères gastro-duodénaux : « Nous sommes souvent plus désarmés en face d'un gastro-entérostomisé qui souffre, qu'en face d'un ulcéreux qui n'a pas été opéré ».

Sur 80 pièces de résections examinées par Hirschberg, Pauchet trouve : 71 ulcères simples et 9 ulcérocancers, soit 12,6 % de cancérisation.

Fréquence des ulcères multiples. — Un second point de grande importance et qui doit retenir notre

attention en faveur d'une exérèse large, est la fréquence des ulcères multiples. Nous en avons 2 exemples sur les 39 cas de notre statistique, soit 5,1 %.

Dans un premier cas (observation n° 3) il s'agit de deux ulcères pré-pyloriques ; dans le second (observation n° 34) on trouve un ulcère pylorique et un ulcère assez haut sur la petite courbure.

Plus curieux encore sont la formation et l'évolution de nouveaux ulcères après gastro-entérostomie.

Tuffier publie, à ce propos, l'observation d'un malade porteur de gastro-entéro-anastomose pour ulcère de la petite courbure. L'ulcère est réséqué 9 ans après pour une hémorragie, puis à quelque temps de là, nouveau melcea et la troisième intervention fait constater un ulcère du duodenum.

Moynihan cite le cas d'un ulcère du pylore gastro-entérostomisé qui fit plus tard un ulcère de la petite courbure avec perforation. Hoffmann cite, lui aussi, plusieurs cas de nouveaux ulcères après la gastro simple.

Sans parler des complications amenées par l'ulcère laissé en place, la perforation toujours possible et l'hémorragie sur lesquelles nous ne nous étendrons pas n'ayant pas de statistique personnelle de gastro-jéjunostomie à opposer à nos gastrectomies, nous nous permettrons de faire remarquer que si le chirurgien est partisan de l'opération d'exérèse, celle-ci doit être la plus large possible. Les lésions très fréquentes de gastrites péri-ulcéreuses et la nécessité de faire des sutures en zone saine en sont encore une preuve.

Ulcère peptique. — Un autre avantage de la gastrectomie serait la disparition de l'ulcère peptique si redouté il y a une vingtaine d'années. C'était une complication grave, mais heureusement rare de la simple gastro. Les chirurgiens sont unanimes pour dire que l'ulcère peptique a disparu avec la gastrectomie.

Abadie d'Oran, sur 300 interventions, n'en a vu aucun cas. Dans notre modeste statistique, il nous a été donné de voir un ulcère peptique après simple gastro (observation n° 15).

Gastro insuffisante. — Dans deux cas enfin (observations n° 3 et n° 25) la gastro a été nettement insuffisante pour arrêter l'évolution de l'ulcère. Dans le premier cas, la gastrectomie a permis de classer le résultat parmi les bons. Dans le second cas, une résection en selle ayant été pratiquée, après trois ans de guérison apparente, le malade se remet à souffrir et à vomir de nouveau.

Témoin trouve, lui aussi, sur 56 cas, trois malades déjà gastro-entérostomisés à qui la gastro n'avait apporté aucun soulagement. Walton cite 13,7 % de récides après gastro.

Mais n'entrons pas dans ce débat brûlant qui nous entraînerait peut-être loin de l'impartialité que nous nous sommes imposée. N'oublions pas que nous nous bornons à l'exposé d'une statistique, sans vouloir discuter quelle est l'opération préférable, de la gastro simple ou de la gastrectomie.

ANESTHÉSIE. — Pour être complet dans le dépouillement de cette statistique, nous devons dire un mot du mode d'anesthésie employé.

Sur 60 anesthésies pratiquées, soit au cours des premiers ou des seconds temps, il a été fait 16 rachianesthésies, une anesthésie locale seulement et 43 anesthésies au kélène-éther.

Depuis deux ans, M. le Docteur Bonniot emploie indifféremment pour ses anesthésies générales le balsoforme ou le simple éther avec l'appareil d'Ombredanne, le plus souvent d'une façon discontinue au milieu de l'intervention.

Les rachianesthésies ont été pratiquées en général à la scurocaïne à 8 %. De 8 à 12 centimètres cubes d'anesthésique ont été injectés avec ou sans soustraction préalable de liquide céphalo-rachidien. Sur ces 16 cas, 11 anesthésies ont été parfaites avec silence abdominal complet. On a noté un échec avec anesthésie nulle, deux anesthésies incomplètes où le kélène éther a été nécessaire à la fin de l'intervention, une lipothymie dans un cas à la vingtième minute sans suite grave. Enfin, dans un cas l'anesthésie rachidienne a donné lieu à de petits accidents légers pendant une quinzaine de jours, avec, entre autres : parésie du membre inférieur gauche, incontinence incomplète des matières, céphalée et rachialgie. Ces accidents se sont d'ailleurs amendés rapidement.

Observations

OBSERVATION I

Mme R..., 27 ans, Grenoble. Entrée le 19 janvier 1923.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Début des accidents à 25 ans ; crise de vomissements, duré deux mois. Un an après, au début d'une grossesse, reprise des accidents, puis cessation et reprise après l'accouchement.

Depuis, crises fréquentes.

Premier séjour en médecine : octobre, novembre 1922. Ce qui domine, c'est l'anémie.

Obscurité des sommets avec expiration prolongée sans signes adventices.

Diagnostic porté : Chloro-anémie avec troubles dyspeptiques.

Deuxième séjour en médecine : décembre 1922.

Réapparition des mêmes symptômes, amaigrissement de 10 kilogrammes. Examen négatif de l'estomac, sauf point douloureux épigastrique.

Sang dans les selles à deux reprises.

Diagnostic : Ulcus probable, passe en chirurgie.

Intervention. — *Premier temps* : 20 janvier 1923. A. G. Kélène, éther. Gros ulcère calleux de la petite courbure perforé et bouché dans le foie.

Gastro-postérieure transmésocolique à la suture en trois plans au catgut.

Suites simples, mais malade peu soulagée,

Deuxième temps : 17 février 1923. A., rachidienne, 12 centigrammes de scurocaïne, XII^e D., 1^{re} L.

Gastro-pylorectomie : Suture de la tranche gastrique et du moignon duodénal en trois plans au catgut.

Suites très simples. Quitte le service le 3 mars 1923 pour repasser en médecine.

A la radio : Evacuation normale de l'estomac.

Dans le courant des mois de mars-avril, évolution rapide des lésions bacillaires du sommet et décès fin avril 1923 de pneumonie caséuse.

OBSERVATION II

M. P... P., 50 ans, La Tour-du-Pin. Entré le 7 septembre 1922.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Pas de passé gastrique. Ethylisme, début par brûlure après les repas, il y a un an.

En mai, douleurs épigastriques en broche, une heure et demie après les repas, calmées par vomissements provoqués.

Amaigrissement de 8 kilogrammes.

Pas d'hématémèse ; pas de mélcœna constaté.

Examen : Palpation très douloureuse.

Estomac hyperkinétique.

Radio : Très profonde encoche de la grande courbure à siège fixe. Pas de sténose pylorique.

Intervention : mars 1923. — A. rachidienne, 10 centigrammes scurocaïne, XII^e D., 1^{re} L.

Ulcère de la petite courbure adhérent au foie (perforé et bouché). Libération de l'adhérence hépatique. Section : 1^o du duodénum (1^{re} portion très dilatée). Bascule de l'estomac de droite à gauche. Ulcère perforé et bouché dans le pancréas, remontant si haut qu'on ne peut faire de section transversale de l'estomac au-dessus de lui. On fait donc la suture plus basse et on enlève la totalité de l'ulcère par une section en V de la face postérieure. Thermocautérisation du fond de l'ulcère adhérent au pancréas. Suture en 3 plans de l'incision en

V de la face postérieure. Rétablissement de la continuité par suture bout à bout des deux tranches gastrique et duodénale (Billroth I).

Suites opératoires simples, mais complications pulmonaires avec toux et expectoration abondante et purulente.

La température monte à 39°5, mais retombe très rapidement.

Sort guéri le 27 mars 1923.

Revu le 26 mai 1924 en excellent état, mais avec éventration de la cicatrice pariétale.

OBSERVATION III

M. B... Philippe-Louis, 53 ans, Briançon. Entré à l'hôpital le 11 avril 1923.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Signes d'ulcus de la petite courbure juxta-pylorique, avec sténose incomplète du pylore. Evolution par crises pendant 16 à 17 ans.

Aggravation progressive et amaigrissement depuis trois mois.

Intervention. — *Premier temps* : 21 avril 1923. — A. G. Kélène-éther.

Estomac dilaté et congestionné. Ulcère calleux juxta-pylorique ; aucune adhérence.

Gastro-postérieure transmésocolique à la suture en trois plans au catgut.

Suites simples, sauf bronchite avec grosse expectoration. Les aliments passent bien, mais les symptômes gastriques persistent et le malade perd du poids.

Deuxième temps : 12 mai 1924. — A. rachidienne. 8 centigrammes de scurocaïne, XII^e D., 1^{re} L.

Gastropyloréctomie très large au niveau de la petite courbure. Suture en trois plans au catgut de la tranche gastrique et du moignon duodénal. Sur la pièce : deux ulcères pré-pyloriques.

Suites simples : lever le cinquième jour, en raison de bronchite. Accidents consécutifs à la rachidienne : céphalée et rachialgie ; incontinence incomplète des matières, parésie du membre inférieur gauche ; s'amendent et disparaissent en quinze jours.

Le 15 mai, repasse en médecine.

OBSERVATION IV

M. B... Joseph, 52 ans, 7, rue des Beaux-Tailleurs, Grenoble.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Rien jusqu'en 1915. A cette époque, bronchite qui dura un mois avec apparition de troubles gastriques : brûlures, aigreurs, douleurs épigastriques, vomissements acides mettant fin aux douleurs. Evolution par crises jusqu'en mars 1923, où crise plus forte et plus longue. Depuis, réduit son alimentation et maigrit de plusieurs kilogrammes.

Examen : estomac petit sous tension.

Radio : petit estomac hyperkinétique, avec péristaltisme exagéré et évacuation précipitée.

Bacillose fibreuse ancienne du sommet gauche.

Passe en chirurgie le 5 juin.

Dans la nuit du 8 au 9, perforation d'ulcus.

Intervention : 9 juin. — A. rachidienne, 8 centigrammes, scurocaïne, II° IV° L. Ulcus calleux du pylore perforé.

Gastro-pyloréctomie : section première de l'estomac, bascule de la région pylorique de gauche à droite. Section dernière du duodénum, suture très difficile.

Gastro postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay (Billroth II).

Suites simples, sauf hématomé, le 10 juin, nécessitant deux lavages d'estomac le 10 et 11 juin.

Sort guéri le 30 juin 1923.

Revu le 15 juin 1928. Pèse son poids normal d'avant l'opération : 62-63 kilogrammes, travaille à la meule, va tout à fait

bien, ne suit aucun régime, ne prend plus aucun médicament, n'a jamais vomi, mange n'importe quoi sans fatigue aucune, ni aigreurs, ni brûlures, ni renvois acides, n'a absolument plus rien à signaler.

Résultat excellent.

OBSERVATION V

M. B. Adrien, 53 ans. Saint-Pierre-d'Allevard.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Excellente santé jusqu'en 1915. A cette époque, début de troubles digestifs : aigreurs, pyrosis, douleurs épigastriques soulagées par des vomissements provoqués. Pas d'hématémèse. Melcena en 1921. Amaigrissement de 26 kilogrammes.

Intervention. — *Premier temps* : 19 septembre 1923. — A. G. Kélène-éther.

Gros ulcère calleux juxta-pylorique de la petite courbure, adhérent au foie. Gastro-postérieure transmésocolique à la suture en trois plans au catgut, loin du pylore, en vue du deuxième temps.

Suites opératoires parfaitement simples : malade complètement soulagé.

Deuxième temps : 16 octobre 1923. — A. rachidienne, 12 centigrammes, scurocaïne, entre XII^e D. et 1^{re} L.

Estomac petit, très congestionné, adhérent partout. Section première transversale de l'estomac en aval de l'anastomose. Suture en trois plans au catgut.

Bascule de l'antrum pylorique de gauche à droite; libération de l'adhérence hépatique sans ouvrir l'estomac. Section dernière du duodénum et fermeture du moignon duodénal en deux plans au catgut.

Suites opératoires parfaitement simples. Sort guéri le 29 octobre.

Rentre de nouveau le 3 novembre 1927, en pleine péritonite. Intervention d'urgence le soir même; perforation de l'intestin grêle avec gangrène de l'intestin. Il paraissait s'agir d'une histoire de volvulus du grêle. Décédé le soir même.

OBSERVATION VI

M. L... Eugène, 41 ans, Grenoble.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Depuis l'âge de 20 ans, signes d'hyperchlorhydrie; depuis 1915, signes d'ulcère en évolution avec spasme pylorique; depuis 1922, signes de sténose pylorique.

A l'examen : grand estomac à jeûn avec clapotage et péristaltisme visible.

A la radio : signes de sténose pylorique.

Intervention : 1^{er} décembre 1923. — A. rachidienne, 12 centigrammes de scurocaine entre XII^e D., 1^{re} L.

Grand estomac hyperkinétique. Sténose pylorique avec cicatrice d'ulcère très nette sur la face postérieure.

En raison du bon état général, de l'absence d'adhérence, on fait une gastropyloréctomie en un temps avec rétablissement de la continuité par gastro postérieure transmésocolique à la suture en trois plans (Billroth II).

Suites opératoires simples : bronchite le troisième jour. Sort guéri le 12 décembre 1923.

Revu le 1^{er} mai 1924. Va tout à fait bien, a repris de 6 kilogrammes, aucun trouble digestif.

Répond au questionnaire à la date du 6 juin 1928 :

« MONSIEUR LE DOCTEUR BONNIOT, Grenoble,

« Je m'empresse de vous exprimer toute ma reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à la suite de l'intervention chirurgicale de mon estomac, en date du 1^{er} décembre 1923.

« J'ai la satisfaction de vous annoncer que mon état général est aussi satisfaisant que possible. Je travaille aisément sans fatigue, aucun vomissement quelqu'il soit, ni aigreurs, ni renvois acides, en somme rien d'anormal à signaler. Quoique cela, je me suis toujours imposé le régime le plus élémentaire, c'est-à-dire pas de vin, d'alcool, pas d'épices, une nourriture saine et douce, un peu de bière à mes repas comme boisson (ce qui est plus intéressant que l'eau pure).

« Toutefois, pour renseignements plus précis que vous voudrez bien me demander, je me ferai cet honneur de vous faire

une visite, car j'ai conservé pour vous et vos bons soins un souvenir qui m'est cher. Recevez mes salutations les meilleures.

« E. L..., *La Croix-Rouge.* »

OBSERVATION VII

Mme M... Louise, 32 ans, Grenoble. Entrée le 18 février 1924.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Début des troubles digestifs il y a un an et demi; sensation de poids, immédiatement après les repas, se terminant le plus souvent par un vomissement glaireux acide ou alimentaire. Evolution par crises avec périodes de rémission.

Amaigrissement de 20 kilogrammes.

Examen clinique : aucun signe, un peu de douleur à la pression. A la radio : estomac biloculaire avec petite poche supérieure, grande poche inférieure, et long canal intermédiaire; pas de double poche à air.

Intervention : le 21 février 1924. — A. G. Kélène-éther.

On constate : 1° biloculation anatomique très serrée et canal intermédiaire long de plusieurs centimètres. A son niveau, petite courbure épaisse, indurée, adhérente au pancréas, avec ulcère calleux en évolution.

2° Grande dilatation du bulbe duodénal qui fait que le pyllore, d'ailleurs adhérent, donne à première vue, l'illusion d'une deuxième sténose médiogastrique.

1° Résection médiogastrique. Suture des deux tranches bout à bout en deux plans au catgut.

2° Libération des brides pyloriques.

Suites opératoires parfaitement simples, sauf angine à points blancs survenue le septième jour, d'où température à 40° et résolution en trois jours.

Réponse au questionnaire à la date du 7 juin 1928 :

« MONSIEUR LE DOCTEUR,

« En réponse à votre lettre du 2 juin, dans laquelle vous me demandez des renseignements au sujet de mon état de santé, voici ce que j'ai à vous signaler.

« 1° Depuis mon opération, j'ai pu reprendre mon travail sans souffrir de l'estomac, mais depuis quelques mois j'ai maigri et je ressens souvent une douleur dans le côté gauche.

2° Je mange et digère à peu près tous les aliments sans suivre mon régime. J'ai pris quelques fortifiants. Il m'arrive quelquefois d'avoir des vomissements après de violents maux de tête qui me semblent être de la migraine.

« Les repas copieux ne me fatiguent pas; je n'ai pas de renvois acides, ni d'aigreurs.

« 3° J'ai dû, il y a un mois, aller consulter à la polyclinique, car mon état général n'est pas satisfaisant.

« En vous remerciant, Monsieur le Docteur, de l'intérêt que vous me témoignez, je vous pris d'agréer l'expression de mes sentiments reconnaissants.

« L. M..., 6, place Lavalette, Grenoble. »

OBSERVATION VIII

M. B... Eugène, 47 ans, Grenoble.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Il y a 14 ans, soigné pendant 10 ans par M. le Docteur Corneloup, pour ulcère d'estomac. Puis accalmie de 3 ans. Il y a cinq mois, apparition brusque de douleurs en broche avec grands vomissements. Depuis lors, crises à heures régulières. Pas de symptômes de sténose pylorique. Amaigrissement de 7 kilogrammes en un an.

Intervention. — *Premier temps* : le 9 avril 1924. — A. G. Kélène-éther.

Ulcus de la petite courbure, adhérent au foie.

Gastro postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay.

Suites opératoires simples.

Deuxième temps : 3 mai 1924. — A. rachidienne, 12 centigrammes de scurocaïne, XII^e D., 1^{re} L.

Grosse adhérence de la petite courbure au foie et de la face postérieure de l'estomac au pancréas. Libération de l'adhérence au foie. Section première du duodénum. Suture du moignon duodénal en trois plans au catgut. Bascule de l'estomac de droite à gauche.

Libération de l'adhérence pancréatique en ouvrant l'estomac.

Section transversale de l'estomac en aval de l'anastomose.

Suture de la tranche gastrique en trois plans au catgut.

Thermocautérisation du petit fragment d'ulcus laissé adhérent au pancréas.

Suites simples. Sort guéri le 21 mai 1924.

Troisième intervention : octobre 1926.

Sténose de la bouche de gastro. Rétention gastrique complète. Dégastro et résection de la sténose et réabouchement gastro-jéjunal in situ.

Revu le 25 mars 1928. A pris 20 kilogrammes, n'a plus aucun trouble gastrique, ne suit plus aucun régime. Fait son travail de peintre en bâtiment.

OBSERVATION IX

M. R... Ernest, 25 ans. Entré le 25 juin 1924.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Souffre de l'estomac depuis deux mois : aigreurs, pyrosis, régurgitations acides, douleurs surtout à jeûn, calmées par les repas. Depuis six jours souffre davantage.

Le 24 juin, à 17 heures, brusquement scène clinique de la perforation d'ulcus. Entre à l'hôpital à minuit.

Intervention. — *Premier temps* : 26 juin 1924, à une heure. A. G. Kélène-éther.

Gaz et liquide louche dans le péritoine. Perforation grosse comme une tête d'épingle en verre sur la face antérieure du pylore. Oblitération par suture en bourse et enfouissement épi-

ploïque. Gastro postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay.

Suites simples. . .

Deuxième temps : 24 juillet 1924. — A. rachidienne, 12 centigrammes, scurocaïne, XII^e D., 1^{re} L.

Grosses adhérences grêles et épiploïques à la cicatrice pariétale; libération.

Petite courbure et pylore très adhérents au foie.

Section première transversale de l'estomac en aval de l'anastomose; ablation du bouton resté inclus dans la bouche de gastro; fermeture de la tranche gastrique en trois plans au catgut. Libération des adhérences hépatiques. Section dernière du duodénum. Suture difficile du moignon duodénal en deux plans au catgut.

Suites simples.

Revu le 10 décembre 1924. Souffre de temps en temps de pesanteur gastrique.

La radio montre une gastro fonctionnant bien.

OBSERVATION X

M. K... Constantin, 60 ans. Fontaine (Isère).

Entre le 10 mai 1924.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Troubles gastriques depuis de longues années, douleurs, vomissements. Depuis plusieurs mois vomit tout ce qu'il prend. Interrogatoire extrêmement difficile, car ne comprend pas un mot de français.

A l'examen : maigreur extrême, grand estomac très dilaté. Palper très douloureux au creux épigastrique.

Intervention. — *Premier temps* : 22 août 1924. — A. G. discontinue au Kélène.

Gros ulcère calleux face antérieure de l'antra pylorique.

Gastro postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay. Durée totale : un quart d'heure.

Suites opératoires très simples.

Deuxième temps : 15 septembre 1924. — A. rachidienne,

12 centigrammes, scurocaïne, XII^e D., 1^{re} L., complétée par kélène à la fin de l'opération.

Section première transversale de l'estomac en aval de l'anastomose. Suture de la tranche gastrique en trois plans au catgut. Bascule de l'antrum pylorique de gauche à droite. Libération des adhérences pancréatiques de la face postérieure. Section dernière du duodénum. Suture du moignon duodénal à trois plans au catgut.

Suites simples, sauf quelques vomissements contenant un peu de sang le lendemain de l'opération.

Sort guéri le 10 octobre.

Réponse au questionnaire à la date du 12 juin 1928 :

« MONSIEUR,

« Je viens répondre à votre lettre du 2 courant, par laquelle vous voulez bien me demander des renseignements sur l'état de ma santé actuelle et vous remercie de vous intéresser à moi.

« Je réponds ci-dessous aux questions posées :

« 1^o Depuis l'opération que j'ai subie, mon état est toujours à peu près pareil; j'ai engraisé légèrement (3 kilogrammes). J'ai repris mon travail, sans trop de fatigue. Quant à l'estomac, je vais quelques jours bien, quelques jours mal; dès que je me sens mieux, je profite tout de suite. Je ne prends point de médicaments, car je les vomis.

« Je ne vomis que la boisson et seulement quelques aliments. Quand je souffre de l'estomac, je mets les doigts à la gorge et ce mouvement me soulage.

« Je ne mange pas beaucoup; lorsque je me sens bien, j'augmente un peu mes repas et n'en souffre pas trop.

« J'ai souvent des aigreurs, lorsque je souffre de l'estomac. Lorsque j'ai mal à l'estomac, je prends des vomissements cinq à six fois dans la journée.

« En vous remerciant de nouveau de votre bienveillance, recevez, cher Docteur, mes respectueuses salutations.

« K... »

Résultat considéré comme mauvais.

OBSERVATION XI

M. C... François, 59 ans, Chapareillan.

Entré le 27 août 1924.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Signes d'hyperchlorhydrie depuis sa jeunesse.

Les symptômes gastriques s'accusent depuis juin 1924 : pyrosis, régurgitations acides, douleurs épigastriques après les repas, calmées par grands vomissements liquides. Anorexie, pâleur, amaigrissement de 12 kilogrammes.

Presque aucun symptôme à l'examen physique, sauf liquide résiduel à jeûn.

Intervention. — *Premier temps* : 2 septembre 1924. — A. G. Kélène-éther.

Ulcère sténosant du pylore, très adhérent au pancréas.

Gastro postérieure transmésocolique à la suture en trois plans au catgut. Procédé vertical de Ricard.

Suites très simples. Sort guéri le 2 octobre 1924.

Revient le 24 novembre avec douleurs et signes de rétention gastrique.

A la radio : aucune évacuation gastrique.

Deuxième temps : 29 novembre 1924. — A. rachidienne, 110 centigrammes, scurocaïne, XII^e D., 1^{re} L.

Ulcère duodéno-pylorique perforé et bouché dans le foie. Gastro presque entièrement fermée.

Section première du duodénum. Résection de la partie inférieure de l'estomac et de la bouche anastomotique. Fermeture du moignon duodénal et de la tranche gastrique en trois plans au catgut. Gastro-entéro-anastomose en Y de Roux, à l'aide de deux boutons de Jaboulay.

Suites très simples, quitte le service le 9 décembre et retourne en médecine pour congestion pulmonaire légère actuellement guérie.

Réponse au questionnaire à la date du 8 juin 1928 :

« MONSIEUR LE DOCTEUR BONNIOT,

« Je réponds à votre aimable questionnaire que je suis bien portant, comme je ne l'ai jamais été.

« Au point de vue général : très bien. J'ai engraisé de 8 kilogrammes. J'ai repris mon travail comme un an avant l'opération. Au point de vue de l'estomac : aucun malaise. Pour le régime, je l'ai suivi six mois, il n'y a que depuis que je l'ai quitté, que je mange comme je mangeais avant d'être malade que je peux travailler.

« Comme médicaments, je n'en ai jamais repris depuis que je suis sorti de l'hôpital.

« Je n'ai jamais vomi ni sang ni aliments. Aucun repas ne me fatigue, même pas le bon vin.

« Je suis très heureux de vous répondre et je serais encore plus heureux de vous serrer cordialement la main. Tout ma reconnaissance de vos bons soins.

« C... »

Résultat classé excellent.

OBSERVATION XII.

M. B... Désiré, 44 ans, rue du Château, Moirans. Entré le 24 octobre 1924.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Début des troubles gastriques en 1918-1919.

Pesanteurs, douleurs, vomissements après les repas.

Evolution par crises qui se rapprochent et s'allongent.

Depuis un mois, atteinte de l'état général, amaigrissement; jamais d'hématémèse.

Radio : liquide résiduel à jeûn. Estomac ayant perdu sa mobilité, très dilaté.

Intervention. — *Premier temps* : 25 octobre 1924. — A. G. Kélène-éther.

Gros ulcère calleux juxta-pylorique de la petite courbure. Estomac très congestionné, à parois musculaires épaisses. Gastro postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay.

Suites opératoires très simples.

Deuxième temps : 18 novembre 1924. — A. rachidienne. 12 centigrammes, scurocaïne, XII^e D., 1^{re} L.

Section première transversale de l'estomac en aval de la gastro, bascule de l'antra pylorique de gauche à droite. Libération de l'ulcère adhérent en arrière au pancréas. Section dernière du duodénum et suture du moignon duodénal en trois plans au catgut.

Suites simples. Mais, à partir de ce moment, il n'y a plus aucune évacuation gastrique et la radio montre une énorme rétention. Rien ne passe ou presque, par la gastro, d'où nécessité d'une troisième intervention.

Troisième temps : 8 décembre 1924. — On constate que la gastro est perméable. Il est probable que l'énorme ptose de l'estomac tire sur le grêle, l'anse de la gastro étant courte, et ferme l'orifice.

Nouvelle gastro en aval de la première, à 7 ou 8 millimètres au bouton.

Suites simples. Evacuation normale.

Le malade sort guéri le 18 décembre.

Réponse au questionnaire à la date du 10 juin :

« MONSIEUR LE DOCTEUR,

« Excusez mon attente à la réponse de votre lettre sur ma santé : 1° au point de vue général, mon état n'est pas trop mauvais. J'ai repris mon poids normal, je pèse 68 kilogrammes. Depuis que j'ai repris mon travail, je ne l'ai pas quitté pour cause de maladie, quoique souffrant toujours quelque peu de l'estomac.

« 2° Je n'ai pas suivi de régime, évitant tout de même les aliments trop acides et lourds, je ne prends pas de médicaments, sauf quelques purges. Quant aux vomissements, m'en est arrivé deux ou trois fois ; pas de sang, mais plutôt une matière liquide avec quelques fragments de peau semblant provenir d'un dépôt de l'estomac, qui forme comme une croûte, jaunâtre d'un côté, noirâtre de l'autre ; pas de fatigue après les repas, ni renvois, ni aigreurs, même après un repas copieux. Si je souffre, c'est plutôt après un travail pénible ou après de mauvaises positions, par exemple si je reste couché la nuit du côté droit. A la renverse, je me sens toujours une espèce de boule roulant entre le ventre et l'estomac, ce qui me fatigue le plus.

« Tout dévoué à vos services.

« Un de vos malades reconnaissants.

« B... Désiré. »

Résultat bon.

OBSERVATION XIII

M. B... Alexandre, 63 ans. Grenoble.

Diagnostic : ulcère de l'estomac.

Intervention. — *Premier temps* : 31 mars 1925. — Gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique.

Deuxième temps : le 24 avril 1925. — A. Kélène-éther pour incision de la paroi et libération de l'estomac, puis réveil complet et tout le reste de l'opération se fait sans aucune anesthésie et sans que le malade se plaigne. Estomac très adhérent à la paroi antérieure. La libération détermine une perte de substance séreuse de la paroi gastrique antérieure. Section première de l'antrum pylorique.

Revu le 20 mai 1928.

Depuis la dernière intervention, garde pendant un an de temps en temps, de la gêne gastrique quand il mange trop. S'est réglé à ce point de vue : 4 repas au lieu de 3. Depuis ne souffre plus du tout, n'a jamais eu de brûlures, ni de vomissements, ni renvois acides, ni douleur. Ne suit plus de régime à proprement parler, mais supprime à sa fantaisie certains aliments, viande de bœuf, par exemple, les autres viandes sont bien tolérées. A bon appétit.

Résultat considéré comme excellent.

OBSERVATION XIV

M. S..., Vénosc.

Entre pour ulcus perforé de l'estomac.

Premier temps : Intervention d'urgence. — 15 mai 1925 : enfouissement, gastro postérieure transmésocolique.

Deuxième temps : 10 juillet 1925. — Gastro-pylorctomie.
Réponse au questionnaire à la date du 6 juin 1928 :

« MONSIEUR BONNIOT,

« J'ai bien reçu votre lettre du 2 juin, dont je m'empresse de répondre. Je suis très heureux de voir que vous ne m'avez pas oublié et que vous vous intéressiez à mon état de santé qui est très bon depuis mon opération.

« Au point de vue général, depuis mon opération, je vais très bien, je n'ai ni engraisé, ni maigri, je suis toujours à peu près le même; j'ai repris mon travail comme avant.

« Au point de vue de l'estomac, j'ai bien suivi quelque temps mon régime, mais maintenant je n'y fais plus attention. Je mange de tout et boit de tout, sans que ça ne me fasse aucun mal. Je n'ai pris ni ne prends aucun médicament. Je n'ai jamais vomis. Les repas copieux ne me fatiguent aucunement. Je n'ai jamais eu d'aigreurs, ni de renvois acides, en un mot je ne souffre absolument pas. Je suis tout à fait bien.

« Maintenant, je tiens néanmoins à vous signaler que j'ai reçu un coup à l'endroit précis où j'avais été opéré, il y a environ un mois et demi, et j'ai ressenti un point douloureux les huit jours qui ont suivis et puis progressivement le point a fini par disparaître complètement; je l'ai ressenti environ un mois et maintenant je ne ressens absolument plus rien. D'ailleurs, si vous avez besoin de renseignements plus précis, très probablement, je vais descendre à Grenoble aux environs du 15 au 20 juin, et je me ferai non seulement un plaisir, mais un devoir, d'aller vous dire bonjour.

« Recevez, Monsieur, de moi et des miens, mes meilleures salutations et sentiments.

« S... »

Résultat classé excellent.

OBSERVATION XV

M. G... Charles, 55 ans, 770, quai Perrière, Grenoble.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Diagnostic : ulcère calleux de la petite courbure.

Entré le 25 juin, venant de Chissé.

A partir de 1915, se plaint de troubles gastriques. Ces symptômes sont légers, reviennent chaque année, durant quinze jours à un mois et consistent en une sensation de ballonnement, de pesanteur, survenant une heure à une heure et demie après les repas, sans renvoi acide, sans douleur et se terminant de temps en temps par un rejet d'un liquide glaireux.

Fin décembre 1922, apparition d'une douleur constante au creux épigastrique, avec irradiation dans le dos, calmée par ingestion alimentaire.

Au cœur, double lésion aortique.

A la radio, signes nets d'ulcus gastrique.

Dans la nuit du 26 au 27 juin, perforation de l'ulcus, douleur intense, contracture de la paroi.

Intervention le 27 7 juin 1922. L'état cardiaque du malade et son état général très déficient, font préférer à l'anesthésie générale la rachi-anesthésie, 10 centigrammes, scurocaïne, XII^e D., 1^{re} L.

Péritoine plein de liquide louche. Estomac adhérent sur toute sa face postérieure. Très haut sur la petite courbure, on trouve une perforation de la grosseur d'un pois. Tout autour, énorme induration recouverte de fausses membranes. Dans l'impossibilité absolue de suturer les lèvres de l'ulcère, on pratique une large résection; suture transversale en trois plans au catgut.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique postérieure au bouton de Jaboulay.

Décès le 28 juin, à sept heures et demie.

A l'examen de la pièce, ulcus sans signes de dégénérescence maligne.

OBSERVATION XV

M. G... Emile, 50 ans, 4, avenue Félix-Viallet, Grenoble.
Entré le 27 février 1925.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Depuis 1922, symptômes gastriques caractérisés par :

1° Aigreurs après les repas, calmées par les alcalins.

2° Douleurs deux heures après les repas au creux épigastrique l'obligeant à se coucher sur le ventre. Ces deux symptômes évoluant par périodes de douleurs alternant avec des périodes de bien-être.

Le 27 décembre 1924, petite hématomèse. A noter que les aigreurs, les douleurs sont calmées par le rejet d'un peu de liquide acide, quelquefois d'un vomissement plus important. Les douleurs et les aigreurs sont à un point tel que le malade n'ose plus s'alimenter.

Intervention : le 5 mars 1925. — A. rachidienne, 12 centigrammes, scurocaïne, XII^e D., 1^{re} L.

Excellente anesthésie, malgré la nervosité du malade, laparotomie médiane sus-ombilicale.

Estomac petit, extrêmement contracté et rouge foncé. Pas de lésions appréciables de la paroi gastrique.

Ulcère duodénal avec gros épaississement de la paroi sur le bord supérieur et la face postérieure de la première portion loin du pylore. Ulcère adhérent au pancréas.

Exclusion du pylore par section transversale de l'antrum pylorique et suture en trois plans des deux tranches au catgut.

Gastro postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay.

20 mars 1925 : suites opératoires simples; le malade digère bien, pas de douleurs après les repas.

2 avril 1925 : recommence à souffrir, les douleurs vont en augmentant et s'accompagnent de vomissements liquides abondants; pas de vomissements alimentaires, mais le malade supprime toute alimentation.

Radio : montre que l'estomac se vide très mal, c'est à peine s'il passe un peu de bouillie par la gastro. En outre, l'estomac présente un aspect biloculaire très net. Dans ces conditions, on décide de réintervenir, pensant soit à un ulcère peptique de la bouche, soit à un ulcère du corps de l'estomac passé inaperçu.

Deuxième intervention : 12 mai 1925. — A. G. Kéléne-éther interrompue dès qu'on a en main l'estomac.

Il s'agit d'un énorme ulcère peptique de la bouche, formant tumeur du volume d'un gros œuf, développée dans le mésocôlon transverse.

Libération première de l'anse intestinale anastomosée.

Libération seconde de la bouche gastrique.

Résection de toute la partie inférieure de l'estomac et suture en trois plans au catgut. Résection de l'anse intestinale. Thermocautérisation de ce qui reste d'ulcère dans le mésocôlon. Abouchement termino-latéral du grêle dans l'estomac en passant au devant du côlon (bouton) et anastomose latéro-latérale iléo-iléale au bouton.

Décédé.

OBSERVATION XVII

M. D... B... Marius, 54 ans, La Buisse (Isère).

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Ulcus gastrique pylorique.

Entre à l'hôpital le 27 avril 1925. Les symptômes d'hyperchloridrique remontent à l'âge de 17 ans. Depuis cette époque, par périodes entrecoupées de phases de repos, symptomatologie classique : deux heures après les repas, douleurs, aigreurs, brûlures et, de temps en temps, vomissements.

Depuis l'âge de 30 ans, a de grands vomissements renfermant des aliments ingérés vingt-quatre heures auparavant. Passe des nuits à souffrir sans pouvoir dormir.

Radio : Estomac descendant à trois travers de doigt au-dessus du pubis, de forme normale, pas de grand estomac de sténose pylorique comme on s'y attendait. Pas de contraction pendant l'examen. Quatre heures après l'examen, évacuation presque totale.

Première intervention : 2 mai 1925. — A. G. Kélène-éther.

Incision très haute sous-xyphoïdienne.

Immense estomac en rétention, très congestionné.

Gastro-entéro-anastomose transmésocolique postérieure au bouton de Jaboulay, un peu loin du pylore, en vue du deuxième temps.

Deuxième intervention : 8 juin 1925. — A. rachidienne, 12 centigrammes sucrocaïne, XII^e D., 1^{re} L. A. Kélène, éther sur la fin.

Laparotomie sus-ombilicale. Section première de l'estomac en aval de l'anastomose ; le bouton est extrait par voie gastrique. Suture en trois plans, bascule de gauche à droite, dissection difficile avec le pancréas ; section duodénale dernière et suture très difficile du moignon duodénal.

Suites opératoires simples.

2 juillet 1925 : Le malade va bien, ne souffre plus.

19 avril 1927 : Va tout à fait bien, travaille énormément, ne souffre plus, ne suit aucun régime.

Réponse au questionnaire à la date du 22 juin 1928 :

« MONSIEUR ET, CHER DOCTEUR,

« Je ne réponds qu'aujourd'hui à votre lettre du 2 juin. Voici ce que je puis vous dire en raison de ma santé.

« Au point de vue général, je vais bien, j'ai engraisé de 8 kilogrammes, j'ai repris mon travail comme auparavant.

« A propos d'estomac. Je n'ai suivi aucun régime. Je bois et mange comme les autres membres de la famille. Je ne prends aucun médicament ; je n'ai jamais vomi de sang ; il m'est arrivé de vomir dans la soirée après de trop copieuses libations.

« A part ça, je vais tout à fait bien, il n'y a que l'inflammation des intestins qui me fait toujours la guerre.

« Je ne puis, cher Docteur, que vous remercier de l'opération que vous m'avez faite.

« Salutations empressée.

« D.-B... »

Résultat classé excellent.

OBSERVATION XVIII

M. M... Jules, 49 ans, Meylan.

Diagnostic : Ulcère de la petite courbure. Résection en selle.

Entré le 7 juillet 1925.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Pas de passé gastrique jusqu'à 39 ans (1914).

Depuis cette époque, douleur une heure après les repas, sans aigreurs, sans brûlures, sans acidité, se terminant par un vomissement, soit d'un liquide clair, soit de glaires, soit avec débris alimentaires. Cette douleur occasionnée par les aliments a évolué par crises entrecoupées de périodes de bien-être dont la durée est allée peu à peu en diminuant.

A son entrée, il cesse de s'alimenter. Mise au repos et aux alcalins ; les douleurs sont disparues.

Radio le 3 juillet 1925 : Montre un estomac normal.

Intervention : 15 juillet 1925. — A. G. Kélène, éther.

On trouve un gros ulcère de la petite courbure. Résection en selle, suture en trois plans.

Durée 47 minutes.

Suites opératoires simples.

Réponse au questionnaire à la date du 10 juin 1928 :

« En réponse à votre lettre, je suis très heureux de pouvoir vous communiquer mon heureuse santé.

« Depuis le 27 janvier que l'on m'a passé à la radio, j'ai beaucoup souffert de douleurs à l'estomac, jusqu'à fin février 1927. J'ai bon appétit, j'ai repris mes forces. Je porte des poids de 100 kilogrammes et je fauche sans trop de fatigue. J'ai quelquefois des aigreurs, jamais de vomissements.

« Recevez mes salutations.

« M... Jules. »

Depuis trois mois souffre de nouveau et vomit.

Résultat mauvais.

OBSERVATION XIX

M. C... Lucien, 45 ans, Grenoble.

Diagnostic : Ulcère gastrique de la petite courbure.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Depuis 1915, brûlures d'estomac survenant deux ou trois heures après les repas et accompagnées de renvois acides, vomissements bilieux ou alimentaires calmant les douleurs. Douleurs continues sans intervalle de rémission.

En 1924, hématème assez abondante.

Intervention. — *Premier temps* : 11 septembre 1925. — A. G. Kélène, éther.

L'estomac complètement rétracté est en entier caché sous la face supérieure du foie, à laquelle il adhère. Pour l'attirer en dehors on est obligé de libérer les adhérences gastro-hépatiques ; ce faisant on ouvre un ulcère perforé et bouché par le foie. L'ulcère siège au niveau de la petite courbure, ulcère rétractile, au point que le pylore est au contact du cardia.

L'estomac étant en rétention on ne fait qu'une simple gastro postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay, très loin, en vue du deuxième temps.

Deuxième temps : 7 octobre 1925. — A. rachidienne sans incident.

Pyloro-gastrectomie ; exérèse remontant très haut sur la petite courbure. Suture de la tranche gastrique en trois plans. Suture difficile du moignon duodénal (un plan total, deux enfouissements séro-séreux).

Suites simples.

Abcès périgastrique ; fistule duodénale peu importante.

Réponse au questionnaire à la date du 26 juillet 1928 :

« MONSIEUR LE DOCTEUR BONNIOT,

« C'est avec plaisir que je réponds à votre lettre.

« Voici deux ans et demi que j'ai subi mon opération, après celle-ci, je me suis encore soigné pendant trois mois, et j'ai pu reprendre mon travail.

« Depuis mon opération, au point de vue général, je vais très bien, j'ai engraisé de 12 kilogrammes. Comme je vous le dis plus haut, j'ai repris mon travail trois mois après, et depuis je ne me suis jamais arrêté.

« Depuis ma sortie de l'hôpital, je n'ai jamais suivi aucun régime, jamais pris aucun médicament.

« De même, je n'ai jamais eu de vomissement tant petit soit-il ; je suis dans un état de santé parfaite.

« Les repas copieux ne me fatiguent nullement, tout digère très bien, je n'ai aucun renvoi, ni aigreur ; je ne souffre absolument pas, l'on croirait même que je n'ai jamais été opéré

tant ma santé est bonne ; j'ai repris beaucoup de force et je me crois rajeuni de dix ans.

« Recevez, Monsieur le Docteur, mes salutations empressées

« C... »

Résultat classé excellent.

OBSERVATION XX

M. T... Emile, 50 ans.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Souffre depuis deux ans de l'estomac, grosse amélioration après un régime. En août 1925 recrudescence des douleurs.

Intervention. — *Premier temps* : 21 décembre 1925. — Gastro postérieure transmésocolique au bouton de Jaboulay sous anesthésie générale à l'éther. Fermeture en trois plans.

Asséz volumineuse tumeur indurée de la petite courbure sans ascite et sans rien qui fasse penser à un néo.

La gastro est placée loin du pylore, en vue d'un deuxième temps.

Suites opératoires simples. Excellent fonctionnement de la bouche.

Deuxième temps : 6 janvier 1926. — Laparotomie sus-ombilicale, nettoyage à l'éther de la coque de l'hématome.

Extériorisation de l'estomac. Il s'agit d'un gros ulcère de la petite courbure. Section première du duodénum. Suture en trois plans de la tranche duodénale. Bascule de l'estomac de droite à gauche. Hémostase et section des épiploons. Section de la face transversale de l'estomac. Gastro-pylorectomie en gouttière remontant très haut sur la petite courbure et suture de la tranche gastrique en trois plans.

Le 19 janvier 1926 : Treize jours après sa deuxième opération, le malade est pris d'un point de côté très douloureux.

A l'auscultation, signes d'épanchement pleural. La ponction exploratrice pratiquée le même jour, donne un liquide séreux qui tend à la purulence.

Décédé dans sa famille de pleurésie purulente.

OBSERVATION XXI

M. G... Emile, 31 ans, Brignoud (Isère). Entré à l'hôpital le 18 février 1926.

Diagnostic : Ulcus pylorique.

Intervention le 27 février 1926. — Gastrectomie. Estomac sans aucune adhérence. Ulcus très visible sur le versant duodénal du pylore. Pylorectomie et gastro postérieure transmésocolique à la suture.

Suites opératoires : Le lendemain le malade vomit. Lavage d'estomac.

Le 1^{er} mars : Température à 38° pouls à 112. On constate un peu de réaction péritonéale dans l'étage inférieur de l'abdomen, l'étage supérieure reste souple et respire.

Le 2 mars, dans l'après-midi, douleurs atroces à l'abdomen et vomissements ; faciès péritonéal. Hyperesthésie de l'abdomen inférieur avec contracture de défense. Glace et morphine. Dans la soirée, les phénomènes s'accusent et le malade meurt dans la nuit.

OBSERVATION XXII

M. M... Godefroy, 49 ans, Suisse.

Diagnostic : Ulcus gastrique perforé.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Entré le 2 février 1925. Bonne santé jusqu'à l'âge de 27 ans ; à partir de ce moment commence à avoir quelques maux de estomac avec asthénie, inappétence, puis en quelques années, se développe un syndrome net : douleurs deux heures après les repas, avec aigreurs, brûlures, sialorrhée. Evolution par périodes de douleurs, entrecoupées de périodes de calme.

Le 2 février 1925 : Brusquement après son repas, douleur atroce, subite, en coup de poignard.

Intervention d'urgence. — Le 2 février 1925 : A. G. Kélène-éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Liquide louche et sous

tension dans le péritoine. On trouve de suite la perforation qui siège sur le versant antérieur de la petite courbure, dans la région pré-pylorique.

Enfouissement par une suture en bourse, recouverte par un petit surjet séro-séreux transversal.

En raison de la plicature pré-pylorique ainsi réalisée, gastro-entéro-anastomose au bouton de Jaboulay.

Il s'agit d'un ulcère calleux dont on fera secondairement l'exérèse.

Suites opératoires simples.

12 février 1925 : Petit hématome de la paroi.

16 février : On est obligé de disjoindre complètement la paroi et de panser à plat.

Le 27 février : Pneumonie franche au tiers inférieur du poumon gauche.

Deuxième temps : mars 1926. — Gastro-pylorectomie.

Revu en mai 1928. A suivi son régime pendant quatre ou cinq mois, depuis plus rien (sent l'alcool à plein nez). A repris son métier d'électricien, n'a plus jamais eu aucun malaise.

Assez grosse éventration épigastrique qui ne le gêne pas.

Résultat considéré comme excellent.

OBSERVATION XXIII

M. I... Louis, 48 ans, La Croix-Rouge, Saint-Martin-d'Hères.

Diagnostic : Ulcus gastrique.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Souffre de l'estomac depuis deux ou trois ans, aigreurs, brûleurs, survenant surtout le soir.

Radio : Grand estomac avec contractions efficaces (estomac vidé trois heures après). A la fin de la radio, on perçoit une tendance à la biloculation avec encoche assez nette sur la grande courbure.

Intervention : 20 mai 1926. — A. G. éther. Durée 65 minutes. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Volumineux ulcère calleux de la petite courbure, sans adhérences.

Gastro-pylorectomie (Billroth II). Section première, à lu-

mière ouverte, de l'estomac en amont de l'ulcère, avec hémostase des courbures au ras de la section. Suture en trois plans au catgut de la tranche gastrique, après inclusion d'un demi-bouton. Bascule de l'estomac de gauche à droite. Hémostase des épiploons et section duodénale au ras du pylore.

G. E A. P. transmésocolique au bouton.

Suites opératoires : Hémorragies intragastriques avec vomissements noirs, nécessitant des lavages de l'estomac les quatre premiers jours ; mélcena.

Le sixième jour, la température monte. Suppuration de la paroi. On fait sauter un fil et on met à plat la plaie. Il s'agit d'une suppuration profonde et l'abondant écoulement de bile qui se produit montre qu'il s'agit d'une fistule duodénale.

Du 20 juin au 1^{er} juillet, le malade a pris de 1 kilogramme.

Le 8 juillet, il sort de l'hôpital en bonne santé.

Réponse au questionnaire à la date du 13 juin :

« MONSIEUR LE DOCTEUR BONNIOT,

« Je fais réponse à votre aimable lettre.

« Mon état général est assez satisfaisant ; j'ai repris mon travail six mois après mon opération et je ne l'ai jamais manqué depuis. .

« Au point de vue estomac : je suis mon régime, j'ai bon appétit, les repas ne me fatiguent pas, je n'ai pris aucun médicament, je n'ai jamais vomi. Pour le moment, je ne vois pas autre chose à vous signaler.

« Recevez, Monsieur le Docteur, mes salutations.

« I... Louis. »

Résultat classé excellent.

OBSERVATION XXIV

M. V... Jacques, 49 ans, Vif (Isère) Entré à l'hôpital le 5 juillet 1926.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Souffre de l'estomac par périodes depuis dix ans. Douleurs calmées par les alcalins et les vomissements.

Mélcena abondant le 8 juillet.

Hématémèse le 8 au soir.

Intervention. — Le 19 juillet 1926 : A. G. Kélène-éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Estomac mobile, facilement extériorisable.

Ulcère calleux de la petite courbure.

Gastrectomie en gouttière, remontant très haut sur la petite courbure. Suture de la tranche gastrique en trois plans au catgut. Bascule de gauche à droite de l'antra pylorique. Section du duodénum. Suture en trois plans au catgut du moignon duodénal. Gastro postérieure transmésocolique au bouton.

Suites opératoires simples.

Réponse au questionnaire le 8 juin 1928 :

« 1° Mon état est très satisfaisant pour le moment, j'ai engraisé de 7 kilogrammes. J'avais repris mon travail trois mois après mon opération, je travaille aujourd'hui tout à fait comme avant.

« 2° L'estomac fonctionne bien. Pendant un an j'ai suivi le régime ordonné. Actuellement je mange surtout beaucoup de soupes, de légumes, des viandes blanches, des fruits ; je bois un verre de vin aux repas. Je m'abstiens de tout alcool.

« Pendant un an, j'ai vomi de temps en temps, environ deux heures après les repas ; jamais de sang. Pendant un an, j'ai eu de temps en temps aussi des aigreurs, des renvois acides. Maintenant, si copieux que puissent être mes repas, la digestion est normale. Je suis bien à part la constipation qui m'ennuie un peu, et je travaille sans peine.

Agréez, cher Docteur, mes sentiments les plus respectueux et l'expression de ma grande reconnaissance.

« V... Jacques. »

Résultat classé excellent.

OBSERVATION XXV

M. M... Emile, 45 ans, Domène (Isère). Entré à l'hôpital le 15 février 1926.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Bonne santé jusqu'en 1918. Depuis ce moment, aigreurs une heure après les repas, avec vomissements.

Intervention. — *Premier temps* : 26 février 1926. — A. G. éther.

Laparotomie médiane sous-xyphoïdienne.

On constate :

1° La vésicule exactement médiane, qui vient faire saillie sous la plaie.

2° Il existe un gros ulcère calleux de la petite courbure juxta-pylorique ; grosses adhérences postérieures à la région pré-pylorique.

Gastro-entérostomose postérieure transmésocolique à la suture, loin du pylore, en vue du deuxième temps.

Le 19 novembre est pris de douleurs épigastriques, avec quelques vomissements, et depuis ce jour-là continue à souffrir.

Deuxième temps : 6 décembre 1926. — A. G. Kélène-éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale

Très fortes adhérences de la région pylorique avec la paroi, la vésicule et le pancréas, au point qu'il est impossible d'extérioriser le pylore. On sent au doigt une grosse masse formée par le pylore, le petit épiploon et le pancréas et l'on voit au bord supérieur du pylore, la dépression ombiliquée de l'ulcus.

Section première de l'estomac (en gouttière de Pauchet).

Suture en trois plans de la tranche gastrique.

Bascule de l'antra pylorique de gauche à droite ; le clivage est impossible entre la zone de l'ulcère et le pancréas. Section duodénale d'avant en arrière. Suture en un plan du moignon duodénal, et clivage de l'ulcère de droite à gauche, en laissant adhérent au pancréas le fond de l'ulcère qui est thermocautérisé. Hémostase. Enfouissement du moignon duodénal.

Suites simples.

OBSERVATION XXVI

M. M... Jean, 40 ans, Gresse (Isère). Entré à l'hôpital le 12 janvier 1927.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Depuis trois ans, syndrome douloureux gastrique tardif. Douleurs deux ou trois heures

après les repas, survenant par périodes, douleurs, aigreurs, quelques rares vomissements, calmés d'ailleurs par l'absorption d'aliments.

Soumis au régime depuis deux ans avec traitement alcalin. A été considérablement amélioré.

Il y a huit jours au milieu d'une crise bénigne, hématomèse d'un litre, suivie le lendemain de melœna.

Intervention : 15 janvier 1927. — A. G. Kélène-éther.

Estomac adhérent au foie et inclus dans un réseau d'adhérences comprenant le grand épiploon.

Ulcère rétractil de la petite courbure.

Section première du duodénum à lumière ouverte.

Suture en un plan du moignon duodénal.

Libération de la face postérieure de l'estomac et bascule à gauche de l'estomac. Hémostase et section du grand épiploon, le long de la grande courbure.

Gastrectomie très large, à lumière ouverte comprenant toute la petite courbure et l'antre pylorique.

Suture en trois plans de la tranche gastrique après inclusion d'un demi-bouton.

Enfouissement de la suture duodénale sur un double plan séro-séreux.

Gastro-postérieure transmésocolique au bouton.

Le 27 janvier 1927 : Hématèmes. Lavage d'estomac très chaud. Estomac plein de caillots.

Décès le 28 janvier.

A la vérification, péritonite généralisée.

OBSERVATION XXVII

Mme B..., 50 ans, Coise (Savoie).

Diagnostic : Ulcère de la petite courbure.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Ulcus de date ancienne avec déjà sténose du pylore. Sous l'influence du traitement depuis un mois, cessation des vomissements et des brûlures.

Intervention. — *Premier temps* : le 20 janvier 1927. — Gastro-entérostomie transmésocolique.

Deuxième temps : février 1927. — Gastro-pylorectomie large.

Réponse au questionnaire le 10 juin 1928 :

« Je suis très heureuse de vous dire que je vais bien, j'ai engraisé de 15 kilogrammes; j'ai repris mon travail au bout de six mois; je fais mon ménage et je tiens un commerce. Je suis debout de 6 heures du matin à 9 heures du soir.

« Je suis mon régime, ni vin, ni salades, ni conserves. Je ne prends aucun médicament, je digère très bien; je n'ai jamais vomi, ni sang, ni aliments.

« Je vous adresse en vous remerciant mes meilleures salutations.

« Mad. B... »

Résultat classé excellent.

OBSERVATION XXVIII

M. M... Marius, 40 ans, La Bajatière, Grenoble. Entré à l'hôpital le 20 janvier 1927

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Souffre de l'estomac depuis cinq ou six ans. Violentes douleurs deux ou trois heures après les repas, douleurs calmées par l'ingestion d'autres aliments. Périodes douloureuses classiques d'une durée de un mois, qui disparaissent complètement pour réapparaître sans aucune raison. Entre les repas, aigreurs, brûlures de l'estomac.

Intervention. — *Premier temps* : 24 janvier 1927. — Estomac relativement grand qui montre au niveau du bord supérieur du pylore, un noyau infiltré d'ulcère.

Gastro-entérostomie postérieure à la suture.

Suites simplées.

Deuxième temps : 24 février 1927. — A l'ouverture on ne trouve plus sur l'estomac que les traces de l'ulcus constaté à la première intervention. Libération de l'estomac qui est déjà très adhérent. Section première du duodénum et suture du bout duodénal en deux plans. Libération de la face postérieure de l'estomac. Gastrectomie en gouttière remontant haut sur la petite courbure. Exploration par la voie endo-gastrique de la bouche de gastro qui est très perméable. Suture de la tranche gastrique en trois plans.

Sort tout à fait bien le 14 mars 1927.

Répond au questionnaire le 7 juin 1928 :

« Au point de vue général ça va bien, sauf que je n'ai pas la résistance physique pour le travail, comme un autre. Je pesais 61 kilogrammes à ma sortie de l'hôpital, j'en pèse maintenant 64.

« Je ne suis aucun régime ; sauf celui des boissons : très peu de vin et pas d'alcool.

« Je ne prends point de médicaments.

« Je n'ai jamais vomi, ni sang, ni aliments.

« Les repas copieux qui me produisaient au début de ma convalescence une pesanteur douloureuse du côté gauche de l'estomac, ne me produisent à présent qu'un peu de pesanteur et je n'ai de renvois qu'à la suite d'un repas pris trop rapidement.

« Je ne souffre pas du tout.

« J'ai très bon appétit et si je n'engraisse pas, je suppose que cela tient à mon tempérament.

« Je n'ai rien autre à vous signaler sinon que je me trouve tellement bien à présent, si je compare avec ces années passées dans la souffrance qu'il me semble que je viens de naître à la vie. Et tout cela, je le dois à vous, Monsieur le Docteur.

« M... Marius. »

Résultat excellent.

OBSERVATION XXIX

M. B... Louis.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Passé ancien d'ulcus gastrique. Entre dans le service pour sténose pylorique. Depuis 1921 brûlures deux ou trois heures après les repas, calmées souvent par une nouvelle ingestion alimentaire.

Vomissements amers, légèrement verdâtres.

Vomit presque chaque jour ; ni vomissements alimentaires ni hématémèses.

A considérablement réduit son alimentation.

Examen somatique négatif si ce n'est une palpation douloureuse de la région épigastrique.

Intervention — *Premier temps* : 17 mars 1927. — Volumineux ulcus avec grosse réaction inflammatoire, il est même vraisemblable qu'il y a eu perforation dans le petit épiploon.

On fait une gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique, près de la grande courbure, loin du pylore à anse courte ; en deux plans au catgut.

Deuxième temps : fin mars 1927. — Section première duodénale, fermeture de la muqueuse duodénale. Libération de la face postérieure de l'estomac et gastrectomie en gouttière avec ablation à peu près totale de la petite courbure, après ligature de la coronaire stomachique. Fermeture de la tranche gastrique en trois plans, après vérification par voie endogastrique de la bouche de gastro qui est largement perméable.

Suites opératoires normales. Simplement un peu de brachite sans gravité. Un mois et demi environ après l'intervention, le malade continue à souffrir de l'estomac.

L'examen radioscopique ne montre rien, le transit stomacal se fait bien par une bouche de gastro très perméable.

Revu en juin 1928. Ni vomissements, ni aigreurs à jeun ; quelques renvois acides après les repas. N'a jamais plus eu de douleurs, alors qu'il souffrait beaucoup avant. Va beaucoup mieux depuis. Cicatrice excellente, sans éventration.

Résultat bon.

OBSERVATION XXX

M. M... Gustave, 47 ans, Genevrey (Isère). Entré à l'hôpital le 14 mars 1927.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Souffre de l'estomac depuis trois ans. Vomissements survenant tous les mois, de suite après les repas. Dans l'intervalle, bon appétit conservé. Ni brûlures, ni aigreurs, mais de temps en temps régurgitations d'eau acide.

Ni hématomèse, ni melaena.

Examen somatique négatif.

Intervention : 23 mars 1927. — On trouve un petit ulcus pré-

pylorique pour lequel on fait une pylorectomie peu étendue, prenant juste l'antrum pylorique.

Suites opératoires normales.

Huit jours après sa sortie, de nouveau, vomissements.

Réponse au questionnaire le 8 juin 1928, de la femme du malade :

« MONSIEUR LE DOCTEUR,

« En réponse à votre lettre du 4 juin, je vais vous donner quelques renseignements au sujet de la santé de mon mari qui, depuis son opération ne s'est pas beaucoup améliorée. Ses vomissements se sont reproduits fréquents et douloureux ; il ne passe jamais un mois sans prendre une fatigue. Cependant, il n'a jamais vomi de sang, quelquefois des aliments, s'il prend sa fatigue après avoir mangé. Au contraire, s'il la prend deux ou trois heures après, ce sera de la bile. Pendant quinze jours à trois semaines il ne se sent aucune douleur et quand il commence à se remettre, ça recommence.

« Depuis l'opération il n'a pas pris de médicaments, sauf quelques potions pour calmer la douleur. Il a pris de quelques kilogrammes. Il a suivi son régime, mais se décourage parfois de voir que ça ne va pas mieux.

« Il avait repris son travail, vers la fin février, mais quand il prend ses fatigues, il est obligé de s'arrêter.

« Mine M... Gustave. »

Résultat considéré comme mauvais.

OBSERVATION XXXI

M. G... Louis, 37 ans, Bizonnes (Isère).

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — A commencé à souffrir de l'estomac à 15 ans.

Entre pour sténose pylorique. Douleurs tardives quatre ou cinq heures après le repas de midi avec aigreurs, brûlures et vomissements calmant la douleur.

A subi un traitement médical qui l'a peu amélioré, puis a recommencé à souffrir.

Hématémèses à plusieurs reprises, sans méloena constaté.

Evolution classique par périodes. Actuellement, vomissements presque tous les jours.

Examen somatique négatif.

Intervention. — *Premier temps* : 25 février 1927. — Gastro-entéro-anastomose transmésocolique à la suture en trois plans.

L'examen de l'estomac révèle un très volumineux ulcus juxta-pylorique avec une infiltration remontant très haut sur la petite courbure. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires extrêmement simples; malade très soulagé et complètement transformé. Ne souffre plus et ne vomit plus.

Deuxième temps : 16 mars 1927. — L'ulcus constaté à la première intervention a un peu diminué de volume. Section première du duodénum. Suture du bout duodénal en deux plans. Libération de la face postérieure de l'estomac. Section de la tranche gastrique et fermeture en trois plans.

La section est très oblique et remonte très haut sur la petite courbure.

A l'examen de la pièce, on trouve un culcus d'aspect anormal avec quelques bourgeons suspects.

OBSERVATION XXXII

Mme B., Adélaïde, 54 ans, Grenoble. Entrée le 17 mai 1927.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Pas de passé gastrique jusqu'à 44 ans. A cette date apparaît le syndrome avec : douleurs tardives, aigreurs, brûlures et se terminant par un vomissement acide ou alimentaire soulageant la malade.

Ce syndrome évolue avec crises d'un mois avec deux mois de repos. La douleur a toujours été calmée par les alcalins.

Depuis quinze jours, syndrome de sténose du pylore.

Examen local : Grand estomac, se dessinant nettement sous la peau.

Intervention. — *Premier temps* : 18 mai 1927. — Gros ulcère calleux de la petite courbure avec lame épiploïque collée à sa surface.

Gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture loin du pylore.

Deuxième temps : 24 juin 1927. — Gastro-pylorctomie. Passe en médecine le 10 juillet, sort de l'hôpital de 27 août.

Revue le 28 juillet 1928. Va tout à fait bien. A repris de 10 kilogrammes. N'a jamais suivi de régime, mange de tout, même de la salade. N'a jamais eu ni aigreurs, ni régurgitations acides, ni vomissements, ni aucun malaise. « Comme si jamais elle n'avait été malade. » A repris de suite son travail, n'a jamais dû l'interrompre. Mange beaucoup. Jamais de fatigue après les repas.

Résultat excellent.

OBSERVATION XXXIII

M. J... Louis, 50 ans, la Croix-Rouge, Grenoble. Entré le 14 novembre 1927.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Depuis 1918, présentait déjà, à intervalles éloignés, des digestions lentes avec régurgitations de liquide amer, ressemblant à de la bile.

L'examen radioscopique montre une déformation du pylore qui est comme amputé, mais sans image lacunaire avec l'estomac atone sans contraction avec retard à l'évacuation.

Intervention. — A. G. Kélène-éther.

On constate un énorme ulcère de la petite courbure présentant avec le foie des adhérences assez lâches pour qu'on puisse facilement les sectionner.

Par contre, en arrière, l'ulcère adhère avec le pancréas, c'est un ulcère postérieur perforé et bouché dans le pancréas. Section et hémostase du grand épiploon, le long de la grande courbure. Section première du duodénum et suture du moignon duodénal. Bascule de l'estomac de droite à gauche. On est amené à laisser le bout de l'ulcère sur le pancréas. Gastro-pylorctomie en gouttière de Pauchet. Suture de la tranche gastrique en trois plans au catgut. Gastro-entéro-anastomose transmésocolique postérieure au bouton de Jaboulay.

Suites opératoires : Vomissements, les lavages d'estomac ramènent quelques caillots.

A sa sortie, état parfait.

OBSERVATION XXXIV

M... Charles, 55 ans, Pont-de-Beauvoisin (Isère). Entré le 7 novembre 1927.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Début des symptômes gastriques vers la fin août 1927. Perte de l'appétit, amaigrissement de 10 kilogrammes ; aigreurs et brûlures deux heures après les repas suivies de vomissements presque journalier. Molœna à deux reprises à sept ou huit jours d'intervalles en octobre.

A la radio : estomac moyen, déborde la ligne médiane de trois travers de doigts, la moitié haute de la petite courbure est seule sensible à la palpation. Tonicité diminuée. Le pylore et le duodénum sont largement perméables.

Intervention : 9 novembre 1927. — A. G. Kélène-éther.

Estomac parfaitement mobile ; épaissement du pylore du côté de la petite courbure. Exploration négative des voies biliaires. On décide de faire une gastro-pylorectomie en un temps. Section première du duodénum ; en basculant l'estomac de droite à gauche, on constate un gros épaissement de la petite courbure et du petit épiploon, avec disposition irradiée des vaisseaux montrant qu'il existe un ulcère juxta-cardiaque de la petite courbure. On pratique une gastro-pylorectomie en gouttière de Panchet enlevant la presque totalité de la petite courbure. Suture de la tranche gastrique en trois plans au catgut après abandon d'un demi boutn de Jaboulay dans la cavité gastrique. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Suites opératoires simples.

Réponse au questionnaire à la date du 8 juin 1928 :

« Au point de vue de mon opération, je n'ai pas eu trop de malaises, ni trop souffert de l'estomac. J'ai engraisé de 20 kilogrammes, j'ai repris mon travail sans trop souffrir,

« Comme régime, je l'ai suivi assez longtemps, comme vous me l'aviez dit et petit à petit je me suis mis à manger de tout. Depuis que j'ai recommencé à travailler, j'ai cessé tout médicament. Je n'ai jamais vomi, ni sang, ni aliment, tout digère très bien. Les repas copieux ne m'ont jamais fatigué. Je n'ai ni aigreurs ni renvois acides après mes repas.

« Je ne souffre pas trop, mais tout de même je ne suis pas aussi solide qu'auparavant.

« Je ne vois pas autre chose à vous signaler pour le moment. »

Résultat excellent.

OBSERVATION XXXV

M... Jean, 40 ans, La Cluze (Hautes-Alpes).

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Entre en chirurgie le 1^{er} décembre 1927, envoyé pour hématoméso.

Depuis l'âge de 25 ans, souffre de l'estomac, avec vomissement alimentaires fréquents et abondants, où on retrouve parfois des aliments ingérés la veille.

Les vomissements calment les douleurs.

Première intervention : en mars 1926. — Suites parfaites, le malade reprend de 8 kilogrammes en sept ou huit mois ; plus aucune douleur, aucun vomissement.

Hématémèse le 15 septembre 1926, suivie de crises douloureuses.

Anesthésie locale de la paroi. Laparotomie médiane sous-xyphoïdienne.

On trouve des adhérences très serrées unissant toutes les faces de l'estomac avec les organes voisins.

Libération partielle des adhérences et gastro-entérostomie transmésocolique au bouton. En aucun endroit on ne trouve d'ulcère en évolution.

Deuxième intervention. — On trouve un énorme ulcère, entièrement adhérent, mais ces adhérences sont assez lâches pour pouvoir être clivées. Par ailleurs, la gastro ancienne

paraît oblitérée. On pratique la section première de l'estomac et on abouche en termino latérale, le tiers inférieur de la tranche gastrique dans l'anse pépinale, partant de l'ancienne gastro. Libération difficile d'avec le pancréas.

Sur la pièce on trouve un ulcère pyloro-duodénal situé sur la face antérieure du pylore avec grosse dilatation du bulbe duodénal.

Suites opératoires. — Pouls de plus en plus accéléré bientôt incomptable, angoisse, choc.

Décès à 7 heures du matin.

A l'autopsie. — On trouve des caillots dans tout le ventre, les épiploons sont infiltrés de sang ; mais néanmoins l'hémorragie semble insuffisante à expliquer la mort, il faut admettre que le malade était considérablement affaibli par son hématoméme antérieure.

OBSERVATION XXXVI

M. B...-V..., Gédéon-Henri, 51 ans, Grenoble.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Souffre de l'estomac depuis une quinzaine d'années, digestions pénibles, lourdeur épigastrique. Bientôt les symptômes s'accroissent. Crises douloureuses survenant soit une heure, soit cinq ou six heures après les repas, se terminant souvent par des vomissements, qui alimentaires au début, sont quelquefois couleur marc de café. Selles noirâtres.

Intervention : 19 décembre 1928. — A. G. Kélène-éther.

On trouve un gros ulcère rétractif, haut situé sur la petite courbure. En raison de l'aspect blanchâtre des lésions et l'estomac n'étant pas en rétention, on pratique une gastropyloréctomie en un temps.

Suture première de la tranche duodénale et rétablissement de la continuité par le procédé de Poty.

Suites opératoires. — Vaccin préventif de Weill et Dufour ; les suites sont simples jusqu'au 22 décembre.

A cette date, point de côté, O = 38°9 ; submatite et râles crépitants aux deux bases.

Le 26 décembre. — L'auscultation révèle un foyer pneumonique à la base droite, rien à gauche. Le 8 janvier, dyspnée très marquée (48-52 R. à la minute) qui devient inquiétante. La pneumonie évolue normalement, au point de vue signes physiques, pas de liquide.

Le pouls faiblit petit à petit malgré une médication tonico-cardiaque intense.

Décès le 22 janvier 1929.

A l'autopsie : rien de spécial à l'estomac.

OBSERVATION XXXVII.

M... Marius, 58 ans, Grenoble.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Souffre de l'estomac depuis une dizaine d'années ; digestions pénibles. Ballonnement après les repas, douleur épigastrique survenant quatre à cinq heures après avoir mangé. Depuis deux ans les symptômes sont beaucoup plus nets. Le malade a présenté cinq crises douloureuses d'une durée de dix à quinze jours environ, crises alternant avec des périodes de bien-être relatif. Régurgitations abondantes, amaigrissement très marqué.

Intervention : 20 décembre 1928. — A. G. Kélène-éther.

On trouve un gros ulcus rétractile, haut situé sur la petite courbure. En raison de l'aspect blanchâtre des lésions, l'estomac n'étant pas en rétention, on pratique une gastro-pyloréctomie en un temps, en enlevant les vaisseaux de la grande courbure et en liant la coronaire le plus haut possible, dans l'hypothèse d'un ulcéro-cancer. Section première de l'estomac, rétablissement de la continuité par le procédé de Polya. La partie supérieure de la tranche gastrique étant suturée, bascule de l'estomac, de gauche à droite et suture dernière du moignon duodénal en deux plans.

Suites opératoires normales.

Dans la nuit du 25 décembre 1928, décès brusque de syncope cardiaque.

OBSERVATION XXXVIII

M. D... Régis, 40 ans, 55, cours Jean-Jaurès, Grenoble.
Entré le 12 octobre 1928.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Depuis son service militaire, syndrome douloureux tardif (aigreurs, pyrosis) évoluant par périodes, sans vomissements. Depuis dix-huit mois, douleur presque constante, augmentant lorsqu'il tousse ou fait un effort, dans la région vésiculaire, sans crise pouvant faire penser à la lithiase.

Résumé :

1° Syndrome douloureux tardif.

2° Douleur vésiculaire à la pression et spontanée.

A l'examen :

1° Pas de liquide résiduel le matin ; simplement deux ou trois cuillérées à soupe d'un liquide d'acidité très faible (0,21).

2° Le tubage duodénal a ramené de la bile verte, non trouble, sans cholestérine, mais avec trace de sang (Chimie).

3° Radiologie : estomac normal sans hypertinésie avec ondes de contractions inefficaces au début et devenant efficaces dans la suite. Visibilité normale du duodénum.

Soumis au traitement médical, très rapidement les aigreurs ont disparu. La douleur tardive a diminué mais persiste.

Intervention : 15 octobre 1928 — A. G. Kélène-éther.

Incision transversale, on trouve une vésicule saine, mais grande, aucun calcul. Exploration complète et négative du cystique aucun calcul. Par contre, il existe une périoduodénite très marquée avec adhérences du côlon, duodénum et foie. Après libération des adhérences, l'exploration de tout le duodénum, sus et sous mésocolique, ne montre pas de lésions, sauf sur la face antérieure du versant du pylore. Estomac très congestionné. Pylorectomie. Polya. L'anastomose porte sur l'ance pépinale tout près de l'angle duodéno-pépinale, remonté à travers le mésocolon, au niveau même de l'angle duodéno-pépinale.

Fermeture de la tranche duodénale en deux plans au catgut avec enfouissement péritonéal soigné.

Radioscopie le 16 novembre 1928. — On constate que les aliments passent bien dans l'estomac, mais dans l'intestin grêle occasionne de vives douleurs.

OBSERVATION XXXIV

M. R... Emile, 39 ans, Grenoble. Entré le 8 novembre 1924.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Ancien marin, ancien colonial, éthylisme grave.

Passé gastrique très ancien.

Brûlures, pyrosis, régurgitations acides.

Douleurs au creux épigastrique, plus à droite, vomissements liquides abondants. L'opération proposée en septembre est refusée.

En novembre, le malade vient lui-même la demander car il ne peut plus tolérer son état, douleurs constantes, vomissements.

Intervention : premier temps : 10 novembre 1924. — A. G. Kélène-éther.

Incision de Mayo, parce qu'un doute subsiste au point de vue vésicule. Enorme ulcère calleux de la petite courbure, adhérent au foie, remontant très haut vers le cardier gastropostérieure transmésocolique.

Suites simples. — Un petit point de suppuration dans la paroi (hématome) retarde le deuxième temps.

Deuxième temps : 11 décembre. — Rachidienne 10 cgs. Scurocaine XII-D-1°L, échec complet. A. R. Kélène-éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Section première du duodénum et suture muco-muqueuse du moignon qui sera enfouie ultérieurement sous un double plans séro-séreux.

Basculer de l'estomac de droite à gauche. Libération de l'ulcus en selle. Section de l'estomac en amont beaucoup plus haut sur la petite courbure que sur la grande. Suture très difficile de la tranche gastrique dans sa partie haute.

Suites opératoires parfaitement simples.

Décédé plus tard de cancer, il s'agissait vraisemblablement d'un ulcéro-cancer.

Conclusions

Dans le débat sur le traitement de l'ulcus gastrique, cette thèse n'a d'autres prétentions que d'apporter 39 cas de gastrectomies pour ulcères ; représentant la statistique intégrale d'un chirurgien. Du dépouillement de cette statistique résultent les faits suivants :

I. — Les résultats fonctionnels des gastrectomies pour ulcères sont dans l'ensemble très satisfaisants.

Sur 22 cas suivis nous avons trouvés :

3 cas mauvais ;

3 cas bons ;

16 cas excellents.

II. — A l'exception de quelques cas, l'intervention pratiquée fut toujours une gastro-pyloréctomie plus ou moins large. On ne saurait donc tirer de conclusion pratique à la valeur relative des diverses interventions d'exérèses au point de vue résultats éloignés.

A noter pourtant que sur les 3 cas mauvais, l'un correspondant à la seule excision en selle qui fut pratiquée.

III. — En dehors des résultats thérapeutiques, divers arguments plaident à notre sens, en faveur de la gastro-pylorectomie large.

a) (Fréquence des ulcères multiples pouvant passer inaperçus pièce en main. b) Lésions de gastrites diffuses péri-ulcéreuses et importance des sutures en zone saine. c) Relations fréquentes de l'ulcéro-cancer et de l'ulcère révélées par l'examen histologique).

Aussi la gastro-pylorectomie large enlevant toute la zone des ulcères nous paraît-elle être la seule opération d'exérèse logique donnant le maximum de guérison définitive.

IV. — La mortalité opératoire globale s'est montrée considérable. 6 décès sur 37 cas, soit 16,2 % ; mais il y a lieu de remarquer que nous avons tenu compte de tous les décès immédiats ou dans les suites opératoires quelqu'en soit le mécanisme et la date.

V. — Un fait surtout revient en évidence, c'est la différence qui existe au point de vue pronostic entre les interventions en un temps et celles en deux temps.

Opérations en deux temps, 1 mort pour 24 interventions, soit 4,1 %.

Opérations en un temps, 5 morts pour 13 interventions, soit 38,4 %.

VI. — Or cette bénignité relative des opérations en deux temps n'est pas grevée de résultats fonctionnels moins bons, en effet.

Sur 13 gastro-pylorectomies en un temps, nous avons :

6 résultats excellents ;

1 résultat bon ;

2 résultats mauvais.

et sur 24 gastro-pylorectomie en deux temps :

10 résultats excellents ;

2 résultats bons ;

1 résultat mauvais.

Aussi, la gastro-pylorectomie large en deux temps nous paraît actuellement être la meilleure intervention d'excérèse dans le traitement de l'ulcère de l'estomac.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VILLARD.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 30 Mai 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Travaux consultés

- PAPADOPOULOS. — *Thèse de Paris*, 1910. Contribution à l'étude des suites chirurgicales éloignées et de la valeur de la gastro-entérostomie.
- LARRIERU. — La perforation de l'ulcère gastrique après gastro-entérostomie. *Revue de Chirurgie*, 1921, N° 4.
- CARNOT. — Pourquoi doit-on réséquer les ulcères gastriques.
- PAUCHET. — La gastro-entérostomie simple est souvent insuffisante pour guérir l'ulcère duodénal. (*Paris Chirurgical*, décembre 1925.)
- WERTHEIMER et VACHEY. — A propos d'un ulcère de la petite courbure ayant nécessité 3 interventions. (*Lyon Médical*, 15 novembre 1925.)
- PAUCHET. — Cancer gastrique, sa chirurgie préventive. (*Paris Chirurgical*, décembre 1925.)
- DELORE et CONVERT. — L'ulcère peptique du jéjunum, consécutif à la gastro-entérostomie. (*Revue de Chirurgie*, T. 58.)
- GELAS. — De quelques considérations sur l'ulcère gastro-jéjunal, consécutif à la gastro-entéro-anastomose. (*Revue de Chirurgie*, 1921, N° 12.)
- CAILLÉ, DURAND et MAIRE. — Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical dans 45 cas d'ulcères gastriques ou duodénaux. (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, 1912, N° 7.)
- DÉCHENAU. — *Thèse de Paris*, 1907. Suites immédiates et éloignées des opérations pratiquées, pour ulcères de l'estomac. (*Bulletin Médical*, janvier 1921.)

- LERICHE. — *Lyon Chirurgical*, 1913, p. 27, t. X. Résultats éloignés de l'exclusion du duodénum.
- DELORE, MALLEY-GUY et VACHEY. — De la résection dans les ulcères adhérents de la petite courbure. (*Revue de Chirurgie*, 1925, N° 3.)
- PAUCHET. — Insuffisance de la gastro-entérostomie dans certains cas d'ulcères. (*Société des Chirurgiens de Paris*, 1^{er} février 1924.)
- PAUCHET. — Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique (*Paris Médical*, 1918, p. 454.)
- ABADIE. — Cent résections d'estomac pour ulcères. (XXX^e Congrès Français de Chirurgie, Strasbourg, octobre 1921.)
- CUNÉO. — *Société de Chirurgie*, 24 mars 1926.
- DELORE, MALLET-GUY et VACHEY. — Les formes multiples et récidivantes de l'ulcère de l'estomac. (*Lyon Chirurgical*, septembre-octobre 1925, N° 5.)
- LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique chirurgicale*.
- PAUCHET. — *La pratique chirurgicale illustrée*.
- OBERTHUR. — *Thèse de Paris*, 1926.
- MOPPERT. — *Gazette des Hôpitaux*, septembre 1922, N° 74.
- LEWISOHN. — Résections gastriques pour ulcus gastriques ou duodénaux. (*Annals of Surgery*, t. 78, octobre 1923, N° 4.)
- DE MARTEL. — *Société de Chirurgie de Paris*, 22 décembre 1920 et 12 janvier 1921.
- CARLE (Paul). — *Thèse de Paris*, 1926.
- DESMARET et G. DEBRAY. — *Journal de Chirurgie*, juillet 1928.
- LAINÉ. — Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. (*Thèse de Lyon*, 1927.)
- GOULLIoud. — *Lyon Chirurgical*, septembre-octobre 1928.
- ABADIE. — *Société Nationale de Chirurgie*, mai 1927.
- HAYEN (Georges). — *Presse Médicale*, de septembre 1928.
- LIBERT et Mlle TISSIER. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
Statistique.....	11
Constatations étiologiques générales	13
Mortalité opératoire	16
Résultats fonctionnels	19
Observations	33
Conclusions.....	75
Travaux consultés.....	79



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU
• 42, QUAI GAILLETON •
• • • • • LYON • • • • •



